

# **ANEXO TÉCNICO PLAN TERRITORIAL DE SALUD “CARTAGENA CIUDAD DE DERECHOS EN SALUD 2024-2027”**

## **0. INTRODUCCION**

Los Planes de Salud Territorial son ideados como elementos puntuales de la estrategia pública en salud, que entran en perfecta armonía con las políticas públicas direccionadas desde el orden nacional, nuestra hoja de ruta que surge a través del acuerdo social y ciudadano es el Plan Decenal Decenal de Salud Pública 2022 – 2031, Plan que establece las metas estratégicas para salud pública que nos permitirá afrontar los desafíos en salud pública de los próximos 10 años, orientado a la garantía del derecho fundamental a la salud, el bienestar integral y la calidad de vida de las personas que viven en Colombia.

Los planes de salud territorial deben ser concretados de forma interactiva, encaminado a impactar positivamente en los determinantes de la salud del territorio y así mismo reducir las inequidades en salud, mejorando el escenario de salud de los moradores y visitantes del territorio. En ese orden de opiniones y conforme a la Ley 152 de 1994 que reglamenta el proceso de planeación en el país donde se establece que el plan está conformado en su organización por una parte estratégica y una parte correspondiente al plan de inversiones a mediano y a corto plazo, se desarrolla el Plan Distrital de Salud 2020-2023 “Por una Cartagena con Salud para todos” armonizado con el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, Resolución 518 de 2015, Resolución 1536 de 2015, el Plan Nacional de Desarrollo Pacto por Colombia, pacto por la equidad por la Ley 1955 de 2015 y el cual hace parte integral del presente Plan de Desarrollo Distrital “CARTAGENA CIUDAD DE DERECHOS 2024 - 2027”

El Plan Territorial de Salud del Distrito de Cartagena como instrumento estratégico e indicativo busca aportar y territorializar las tres grandes apuestas delineadas en el PDS 2022 – 2031, fortalecimiento de la articulación intersectorial para la gestión e los determinantes sociales de la salud, la interseccionalidad al reconocer que las múltiples discriminaciones incrementan la carga de desigualdades en salud en contextos históricos, sociales y culturales determinados y el fortalecimiento de la gestión territorial integral de la salud pública, a través de un modelo de gestión territorial que oriente, articule y permita reconocer y armonizar los intereses de los diferentes actores sectoriales e intersectoriales para la implementación de las acciones y, por tanto, el logro de los objetivos.

Es válido comentar que en la búsqueda de darle cumplimiento a los objetivos y metas el mismo Plan se armoniza con el Análisis de la Situación en Salud del Distrito así como con lo

establecido en el Plan de Desarrollo Distrital buscando cohesionar los recursos y responsabilidades de actores determinantes

## 1. MARCO NORMATIVO

En el presente numeral se desarrolla el marco normativo que son de referencia esencial para la elaboración del Plan de Salud Territorial de Cartagena de Indias Distrito Turístico y Cultural

Constitución Política de Colombia de 1991	A lo largo de su articulado, hace visibles los derechos de las poblaciones, en las diferentes etapas del transcurso vital, con especial atención en la infancia y los grupos poblacionales en condición o situación de vulnerabilidad.
Ley 100 de 1993	Por medio de la cual se crea el Sistema General de Seguridad Social que incluye el Sistema de Salud, el Sistema General de Pensiones, El Sistema General de Riesgos Profesionales y los servicios sociales complementarios.
Ley 361 1997	Por la cual se establecen mecanismos de integración social de las personas con discapacidad y se dictan otras disposiciones Los principios que inspiran la presente Ley, se fundamentan en los Artículo 13, 47, 54 y 68 que la Constitución Nacional reconocen en consideración a la dignidad que le es propia a las personas con discapacidad en sus derechos fundamentales, económicos, sociales y culturales para su completa realización personal y su total integración social
La Ley 715 de 2001	Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros.
Decreto 1011 de 2006	Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Las disposiciones se aplicarán a los Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas, las Empresas de Medicina Prepagada y a las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud.
Decreto 3518 de 2006.	Por el cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública y se dictan otras disposiciones
La Ley 1122 de 2007	Realiza ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad la evaluación por resultados a todos los actores del Sistema de Salud, el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se reforman los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de inspección, vigilancia y control y se ratifica el mandato de organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud.

Ley 1438 de 2011	Fortalece el Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud, en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud, promoviendo la integración del gobierno con las instituciones y la sociedad, consolidando las redes integradas de servicios de salud, a fin de desarrollar una propuesta a nivel territorial que afecte los determinantes sociales expresados de forma diferencial en el proceso salud enfermedad de la población.
Ley Estatutaria 1751 de 2015	Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.
Ley Estatutaria 1757 de 2015	Por la cual se dictan disposiciones en materia de promoción y protección del derecho a la participación democrática
Resolución 518 de 2015	Por la cual se dictan disposiciones en relación con la gestión de la salud pública y se establecen directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas-PIC
Decreto 2353 de 2015	Por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud
Decreto 780 de 2016	Compila y simplifica todas las normas reglamentarias preexistentes en el sector de la salud, tiene como objetivo racionalizar las normas de carácter reglamentario que rigen en el sector y contar con un instrumento jurídico único.
Resolución 2063 de 2017	Política de Participación Social en Salud
Resolución 3280 de 2018	Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación
Resolución 2626 de 2019	Por la cual se modifica la política de atención integral en salud- PAIS y se adopta el modelo de acción integral territorial-MAITE.
Resolución 1324 de 2020	Por la cual se modifica el artículo 14 de la Resolución 4245 de 2015, en relación con la ampliación del plazo para el cumplimiento de los requisitos de obtención del certificado de Buenas Prácticas de Elaboración de Radiofármacos – BPER
Resolución 1345 de 2020	Por la cual se modifica el artículo 21 de la Resolución número 3513 de 2019, en relación con la información a reportar y su periodicidad por las Entidades Promotoras de Salud de los regímenes contributivo y subsidiado respecto de las tecnologías en salud y servicios de la vigencia 2020
Resolución 2273 de 2021	Por la cual se adopta el nuevo listado de servicios y tecnologías en salud que serán excluidas de la financiación con recursos públicos asignados a la salud
Resolución 1035 de 2022	Por el cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 con sus capítulos diferenciales: indígena para los pueblos y comunidades indígenas de Colombia, población víctima de conflicto armado, el Pueblo Rrom y la población negra, afrocolombiana, raizal y palenquera

Resolución 2206 de 2022	Por la cual se determinan los criterios de asignación de recursos para apoyar la financiación del Programa de Equipos Básicos de Salud
Resolución 2519 de 2022	Por medio de la cual se modifican los artículos 1 y 4 de la Resolución 2206 de 2022
Resolución 295 de 2023	Por la cual se modifican los artículos 3, 8, 11, 14, 16, y 18 de la Resolución 518 de 2015 en relación con la gestión de la salud pública, las responsabilidades de las entidades territoriales y de los ejecutores del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas y las condiciones para la ejecución
Resolución 2367 de 2023	Por la cual se modifican los artículos 1, 2 y 3 de la Resolución 1035 de 2022 y los capítulos 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10 y 11 del anexo técnico "Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031
Resolucion 0544 de 2023	Por la cual se modifica la Resolución 3100 de 2019 en el sentido de adecuar algunos aspectos relacionados con la inscripción de prestadores y la habilitación de servicios de salud Modifica los artículos 2, 3,4, 7, 12, 13, 15, 19, y 20 de la Resolución 3100 de 2019, modificada por las Resoluciones 2215 de 2020, 1317 de 2021 y 1138 de 2022.
Resolución 0762 de 2023	Por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES). Deroga la Resolución 2153 de 2021
Resolución 2367 de 2023	Por la cual se modifican los artículos 1, 2 y 3 de la Resolución 1035 de 2022 y los capítulos 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10 y 11 del anexo técnico "Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031".
Resolución 5582 de 2023	Por la cual se implementa en el distrito de Cartagena la resolución 01220 del 08 de abril del 2010, en la cual se establecen las condiciones, requisitos, la organización, la operación y funcionamiento del CRUED del Distrito de Cartagena.
Resolución 100 de 2024	Por la cual se dictan disposiciones sobre la Planeación Integral para la Salud y se deroga la Resolución 1536 de 2015
Resolución 100 del 2024	Por la cual se establecen disposiciones sobre el proceso de planeación integral para la salud.

## **2. ANALISIS DE SITUACION DE SALU EN EL DISTRITO DE CARTAGENA**

### **2.1 Configuración del Territorio**

#### **2.1.1 Contexto territorial**

##### **2.1.1.1 Localización y accesibilidad geográfica**

Está localizada al norte de la República de Colombia, sobre el Mar Caribe, dentro de las coordenadas 10 Grados 25'30'' de latitud norte y 75 Grados 33' 50'' de longitud oeste, a una altitud de 5 metros sobre el nivel del mar. Es la capital del Departamento de Bolívar, se encuentra a una distancia de 600 kilómetros y por carretera de 1.204 km de Bogotá, Capital de Colombia.

##### **2.1.1.1.1 Aspectos generales de ubicación y Accesibilidad geográfica**

Limita al Norte con el Mar Caribe, al Sur con el municipio de San Onofre, al Este con Santa Catalina, Santa Rosa, Turbaco y Turbana y al Oeste con el Mar Caribe.

Cartagena cuenta con un área de 63.982,33 ha, de las cuales 60.885,82 ha corresponden a la zona continental y 3.096,51 ha a la zona insular; correspondiendo a estas últimas el 4,83% del área total. Con base en estos mismos datos, se estimó que 7.583,47ha correspondían a suelo urbano consolidado y 56.398,86 ha a suelo rural, dentro del cual se identificaban a su vez 30 centros poblados, 8 de los cuales se localizan en territorio insular. El área total, de 623 Km<sup>2</sup>, equivale a 2.3% del total de la extensión del departamento de Bolívar (24.978 Km<sup>2</sup>). El punto más elevado de la ciudad es el cerro de la Popa con una altitud máxima en su parte sur de 155 msnm, en la base del cerro se ubican barrios y asentamientos humanos que hacen parte de esos patrones de concentración territorial de pobreza urbana en el Distrito de Cartagena, borde de la ciénaga de la virgen y zona sur occidental en el área del cerro de Albornoz.

El Distrito de Cartagena de Indias ha realizado esfuerzos para el mejoramiento de vías, principales y alternas; En promedio, entre 2015 y 2020, el 56% de la malla vial fue de tipo rígido. Luego, el 32% fue tipo afirmado, el 12% en afirmado y menos del 1% en adoquín. A 2020, casi el 30% de la malla vial de Cartagena se encontraba en mal o regular estado. Se resalta un poco, que en los últimos años ha aumentado ligeramente el porcentaje de malla vial en buen estado: paso del 67,6% en 2015 al 71,6% en 2020, TRANSCARIBE S.A. es el titular del Sistema integrado de Transporte Masivo de la ciudad de Cartagena, Transcaribe y en tal calidad le compete la planeación, gestión, implementación y control del Sistema. Los servicios troncales del Sistema Transcaribe circulan por la Avenida Pedro de Heredia, que es la columna vertebral de la ciudad, Avenida Venezuela, Avenida Blas de Lezo, , Bocagrande por la Avenida San Martín con retorno por la Avenida Tercera y de Crespo por la Avenida Santander y carrera 70, con proyección a una ampliación de cobertura de rutas en Zona Norte, Castillogrande-Laguito, Parque Heredia, Zona Industrial de Mamonal y sus

alrededores. En la actualidad, son 70 mil usuarios en promedio durante un día hábil quienes utilizan este servicio

El Distrito de Cartagena actualmente cuenta con dos (2) terminales de transporte de las cuales solo una (1) se encuentra en funcionamiento. Esta terminal se localiza dentro del área urbana específicamente en la localidad Industrial y de la Bahía, en la unidad comunera de gobierno 13 en la zona oriental de la ciudad, está rodeada por los barrios Ciudad Jardín, Villas de la Candelaria, La Carolina, Villa estrella y El Pozón. Actualmente es la terminal terrestre que interconecta al Distrito con el resto del País.

Los documentos de análisis de la Malla Vial de la ciudad de Cartagena concluyen que el Distrito de Cartagena dentro de su complejidad no posee un amplio portafolio de vías arteriales y complementarias disponibles, limitándose a un flujo constante y de mayor frecuencia sobre solo unas cuantas vías principales para el traslado y circulación dentro un casco urbano muy poco organizado, con señalizaciones y semaforización ajustada y estricta a una red vial con poca equidad en cuanto a movilidad; entre las vías principales se destacan la avenida Pedro Heredia como principal Eje arterial, el Corredor de Carga, la Transversal 54, la Avenida del Lago, la Avenida Pedro Romero, la Avenida San Martín y la Avenida Santander, entre otras.

El Distrito Turístico y Cultural de Cartagena cuenta con una terminal aérea denominada como el “Aeropuerto Internacional Rafael Núñez”, localizado al Norte de la ciudad específicamente en el barrio Crespo de la localidad 1 Histórica y del Caribe Norte, en la unidad comunera de gobierno número 1, dentro del suelo urbano de acuerdo al plan de ordenamiento territorial vigente; lo que quiere decir que cuenta con la infraestructura vial y está dentro del perímetro de servicios públicos domiciliarios.

## **2.1.1.2 Relaciones de la sociedad y el ambiente en el territorio**

### **Características físicas del territorio**

#### **2.1.1.2.1 Características físicas del territorio**

##### **Clima**

El régimen climático de la región donde se encuentra Cartagena de Indias está bajo la influencia de los desplazamientos Norte – Sur de la Zona de Convergencia Intertropical (Z.C.I.). Cartagena de Indias tiene un clima tropical semiárido influenciado por fenómenos climatológicos como los vientos Alisios entre diciembre y marzo, con períodos de lluvia y períodos secos. La temperatura promedio es de 27, 9º (EPA 2020), suavizadas por los vientos marinos del noreste; la humedad relativa promedio es del orden del 90% y las lluvias están distribuidas durante el año en dos períodos, entre abril y mayo; y de septiembre a

noviembre, alternados con épocas secas como el denominado “Veranillo de San Juan”. Las tierras están comprendidas en el piso térmico cálido.

### **Relieve**

EL Distrito de Cartagena se ubica en el costado noroccidental del departamento de Bolívar en la zona costera y su área es principalmente colinada se encuentra en una zona relativamente plana, dominada por depósitos cuaternarios y escasez de procesos de remoción en masa, compuesta principalmente por formaciones irregulares y accidentadas, así como zonas planas. Cerca de las costas no es común ver formaciones de montañas o elevaciones, sin embargo, en el Distrito se evidencian áreas abundantes en relieves positivos importantes conformados por material rocoso, como el sector nororiental del Distrito, al norte del centro poblado de Bayunca, o como el cerro de La Popa que alcanza una altura de 155m en su lado sur, localizado cerca de la costa y al pie de la Ciénaga de La Virgen. El cerro de La Popa, junto con el cerro de Albornoz y Marion que superan una altura de más de 55m, son áreas importantes dentro de la Estructura Ecológica Principal Urbana, por lo cual son consideradas áreas importantes para reforestación.

El relieve de Cartagena se caracteriza principalmente por dos zonas, una plana y la otra quebrada.

### **Hidrografía**

El Distrito Turístico y Cultural de Cartagena de Indias es un ente territorial con diversidad geográfica extrema, la máxima extensión de su territorio se encuentra ubicado en la zona rural y de esta, un número muy representativo lo conforman, además de las zonas costeras las islas e islotes que tiene su jurisdicción. La ciudad está sobre una franja de 193 km de costa, la cual puede tener un ancho desde 17km en la zona norte (Punta Canoas) y menos de un kilómetro en algunas partes de la bahía de Cartagena y Barbacoas. Con 122,25 km de línea de costa que componen la zona insular. El sistema hídrico se conforma principalmente por todas aquellas aguas afluentes de la gran cuenca del Mar Caribe, sistema de Arroyos y Acuífero del norte, las Bahías de Cartagena y Barbacoas; El Canal del Dique del Río Magdalena del cual se capta agua para el acueducto de la ciudad, La cuenca del Humedal o Ciénaga de la Virgen; el Sistema de Caños y Lagos Internos de la ciudad. El área de influencia es supramunicipal, trasciende el territorio de la jurisdicción del DT y Cultural de Cartagena de Indias y por tanto es parte de la Unidad Ambiental Costera del Río Magdalena y Canal del Dique (UAC-RMCD) y del Departamento de Bolívar.

### **Aire**

En el contexto de Cartagena, la industria, especialmente la petroquímica, química y plástica, desempeña un papel significativo en la economía de la ciudad. En el año de diseño del

sistema, se registraron más de 136 empresas grandes y medianas en esta categoría. La presencia de estas industrias requiere un monitoreo constante de la calidad del aire, y para ello se implementó un Sistema de Vigilancia de Calidad del Aire (SVCA).

El comportamiento diario del contaminante PM<sub>2,5</sub> en lo que va del año 2023 ha sido monitoreado en varias estaciones, y los resultados muestran que la calidad del aire se mantiene en niveles aceptables según los límites establecidos. A continuación, se presenta un resumen de la situación en diferentes estaciones de monitoreo:

## **RIESGOS MEDIOAMBIENTALES**

**Deforestación:** Actualmente hay implicaciones peligrosas en la reducción de los bosques naturales; la pérdida de la cobertura vegetal por efecto de la explotación de canteras, la expansión de la frontera urbana, la quema incontrolada, la falta de alternativas de producción en la población, entre otras, provocan efectos graves sobre el recurso hídrico, la estabilidad del suelo y la pérdida de la biodiversidad. La deforestación también puede afectar directamente la salud de la población. La pérdida de bosques puede aumentar la exposición a enfermedades transmitidas por vectores, como malaria y enfermedades transmitidas por garrapatas, al eliminar los hábitats naturales de los organismos portadores. Además, la degradación ambiental asociada con la deforestación puede contribuir a la contaminación del aire y del agua, afectando la salud respiratoria y causando enfermedades relacionadas con la calidad del agua.

**Erosión:** La pérdida de vegetación y la erosión del suelo aumentan el riesgo de eventos extremos como inundaciones y deslizamientos de tierra. Estos eventos pueden representar amenazas directas para la vida y la seguridad de las comunidades, así como generar pérdidas materiales significativas.

**La sedimentación excesiva de cuerpos de agua:** Estos cambios afectan la biodiversidad y la funcionalidad de los ecosistemas marinos. Los cambios en la dinámica costera pueden tener implicaciones para la salud pública. Por ejemplo, la acumulación de sedimentos en áreas recreativas o de pesca puede introducir contaminantes y afectar la seguridad alimentaria de las comunidades que dependen de los recursos marinos.

**Inadecuada Explotación minera:** En casos extremos, los cambios en la dinámica costera pueden contribuir al desplazamiento de comunidades costeras a medida que la línea costera evoluciona. Esto plantea desafíos significativos para la planificación urbana y la adaptación al cambio climático. Para abordar estos problemas, es esencial implementar prácticas de manejo sostenible de la tierra y de cuencas hidrográficas, así como medidas de conservación costera. La reforestación, la implementación de técnicas de conservación del suelo y la gestión adecuada de cuencas son enfoques clave para mitigar los impactos negativos de la sedimentación y la acreción. La contaminación en Cartagena, generada



principalmente por el manejo deficiente de residuos y las actividades industriales, presenta riesgos significativos para la salud de la población y afecta los ecosistemas acuáticos. Aquí se exploran los aspectos clave relacionados con la contaminación en la región:

### **Contaminantes y Riesgos para la Salud:**

**Contaminantes Químicos, Físicos, Orgánicos y Microbiológicos:** Las actividades económicas, industriales y urbanas introducen una variedad de contaminantes en el ambiente, incluyendo químicos tóxicos, residuos sólidos, desechos orgánicos y contaminación microbiológica. Estos pueden representar riesgos para la salud humana a través del consumo de agua y alimentos contaminados, así como la inhalación de aire contaminado.

**Riesgos en la Producción Pesquera:** La contaminación afecta la capacidad de los cuerpos de agua para soportar la vida acuática, impactando la producción pesquera. El consumo de pescado contaminado puede representar un riesgo directo para la salud de las comunidades locales que dependen de esta fuente de alimento.

**Acelerados procesos de urbanización:** El acelerado proceso de urbanización en Cartagena, impulsado por el crecimiento de los asentamientos humanos y el aumento de la población, tiene consecuencias significativas para la salud de los habitantes. Aquí se abordan algunos de los impactos asociados con este fenómeno:

**Calidad del Aire:** El aumento de actividades industriales, comerciales y de transporte en entornos urbanos puede resultar en una mayor emisión de contaminantes atmosféricos. La mala calidad del aire, caracterizada por altos niveles de partículas y gases contaminantes, afecta la salud respiratoria de la población.

**Calidad del Agua:** La urbanización puede dar lugar a la contaminación de fuentes de agua por desechos industriales, domésticos y urbanos. Las aguas residuales no tratadas y la escorrentía de superficies urbanas pueden introducir sustancias nocivas en los cuerpos de agua.

**Problemas de Salud Pública:** Enfermedades Respiratorias: La contaminación del aire, especialmente en entornos urbanos con tráfico vehicular y actividades industriales intensas, está vinculada a un mayor riesgo de enfermedades respiratorias como asma y bronquitis.

**Enfermedades Transmitidas por Agua:** La contaminación del agua puede dar lugar a la propagación de enfermedades transmitidas por el agua, como gastroenteritis y otras infecciones gastrointestinales.

**Deterioro de Ecosistemas y Servicios Ecosistémicos Pérdida de Biodiversidad:** La expansión urbana a menudo implica la degradación y pérdida de hábitats naturales. Esto contribuye a la pérdida de biodiversidad, afectando a las especies locales y los servicios ecosistémicos que proporcionan.

**Alteración de Ciclos Hidrológicos:** La pavimentación y la urbanización pueden alterar los ciclos naturales del agua, aumentando el riesgo de inundaciones y afectando la recarga de acuíferos.

**Demandas de Agua y Energía:** El crecimiento urbano impone una mayor demanda de recursos naturales, como agua y energía. La sobreexplotación de estos recursos puede tener impactos negativos en la disponibilidad y sostenibilidad a largo plazo.

**Acceso Limitado a Servicios de Salud:** El rápido crecimiento poblacional puede ejercer presión sobre los servicios de salud, resultando en un acceso limitado a atención médica de calidad.

**Desafíos en Saneamiento Básico:** El rápido desarrollo urbano a veces supera la capacidad de proporcionar servicios básicos de saneamiento, lo que puede contribuir a problemas de contaminación y salud pública.

**Desigualdades Sociales y Vulnerabilidad y marginación de Comunidades:** En algunos casos, el desarrollo urbano puede resultar en la marginación de comunidades de bajos ingresos, exponiéndose a entornos menos saludables y limitando su acceso a servicios esenciales, la gestión sostenible del crecimiento urbano es esencial para mitigar estos impactos negativos. Planificación urbana adecuada, regulaciones ambientales efectivas, inversión en infraestructuras resilientes y medidas para mejorar la calidad de vida de los residentes son fundamentales para abordar los desafíos asociados con la urbanización acelerada.

**La inseguridad alimentaria** en Cartagena se ve agravada por varios factores asociados al abandono de los sistemas de producción y los cambios en el uso del territorio, lo que tiene implicaciones directas en la oferta de alimentos y, por ende, en la salud y bienestar de la población. Aquí se describen algunos de los aspectos clave relacionados con este problema:

**Disminución de la Oferta Agropecuaria:** Los cambios en el uso del territorio, como la expansión urbana y la conversión de tierras agrícolas, contribuyen al abandono de sistemas de producción agropecuaria. Esto resulta en una reducción gradual de la oferta de alimentos producidos localmente.

**Dependencia de Mercados Externos:** La disminución de la producción local aumenta la dependencia de los mercados externos para satisfacer la demanda alimentaria. Esto hace que la ciudad sea más vulnerable a las fluctuaciones en los precios de los alimentos y a posibles interrupciones en la cadena de suministro.

**Ampliación de la Frontera Urbana:** La expansión de la frontera urbana presiona a los pequeños propietarios de tierras. La competencia por el acceso a extensiones de tierra puede resultar en desplazamiento de la economía campesina, afectando negativamente a quienes dependen de la agricultura para su subsistencia.

**Impacto en la Economía Campesina:** El desplazamiento de la economía campesina puede tener consecuencias socioeconómicas significativas. La pérdida de tierras y la disminución de la producción agrícola afectan los ingresos y la estabilidad económica de las comunidades rurales.

**Consecuencias para la Salud de la Población:** Desnutrición y Dietas No Saludables: La inseguridad alimentaria puede dar lugar a la falta de acceso a alimentos nutritivos, contribuyendo a problemas de desnutrición y a la adopción de dietas no saludables. Esto, a su vez, está asociado con diversas enfermedades y problemas de salud.

**Aumento de Enfermedades Relacionadas con la Alimentación:** La dependencia de alimentos procesados y la falta de acceso a productos frescos pueden contribuir al aumento de enfermedades relacionadas con la alimentación, como la diabetes y la obesidad.

**Necesidad de Estrategias de Seguridad Alimentaria y promoción de Agricultura Sostenible:** Se requieren estrategias que promuevan la agricultura sostenible y la preservación de tierras agrícolas. Esto implica políticas que protejan las áreas de producción alimentaria y fomenten prácticas agrícolas respetuosas con el medio ambiente.

**Apoyo a Comunidades Rurales:** Es fundamental proporcionar apoyo a las comunidades rurales, incluyendo acceso a recursos, capacitación y tecnologías que mejoren la productividad agrícola y fortalezcan la resiliencia económica.

**Educación Nutricional:** Iniciativas educativas que promuevan la nutrición adecuada y la importancia de dietas equilibradas pueden contribuir a mejorar la salud de la población.

La inseguridad alimentaria no solo se trata de la disponibilidad de alimentos, sino también de la equidad en el acceso a alimentos nutritivos y culturalmente apropiados. Enfrentar este desafío requiere enfoques integrales que aborden tanto las dimensiones económicas como las de salud y bienestar de la población.

### **Tipos de amenazas**

En el marco de los aspectos físico-ambientales (geología, rasgos estructurales, geomorfología, hidrografía, fisiografía), variables climatológicas, aspectos socioculturales y económicos del Distrito de Cartagena, se producen diferentes fenómenos naturales, socio-naturales y antrópicos, con distinta potencialidad destructiva y nivel de recurrencia que constituyen una amenaza para la población y sus medios de vida, tales como huracanes, vendavales, inundaciones, mar de leva, cerámico (rayos), sismos, tsunamis, remoción en masa, erosión costera, diapirismo de lodos, incendios forestales, degradación de recursos naturales, contaminación, aglomeraciones en público, redes eléctricas, accidentes aéreos, derrames, fugas, explosiones e incendios estructurales.

## **Cambio climático**

La interacción entre los fenómenos climáticos, el desarrollo socioeconómico y la salud de la población en Cartagena de Indias. Las variaciones climáticas, como las elevaciones del nivel del mar, las lluvias torrenciales y los eventos extremos, tienen un impacto directo en la salud y el bienestar de la población, así como en la infraestructura y la actividad económica de la ciudad.

En primer lugar, Cartagena de Indias es una ciudad expuesta a fenómenos climáticos debido a su ubicación costera, lo que la hace vulnerable a eventos como la erosión costera, inundaciones y otros desastres naturales. Estos eventos climáticos extremos pueden tener consecuencias directas en la salud de la población, como el aumento de enfermedades relacionadas con el agua, la pérdida de viviendas e infraestructuras esenciales para la atención médica, y el estrés psicológico causado por la incertidumbre y la pérdida de seguridad.

## **Influencia del fenómeno de la niña en el distrito de Cartagena**

A través de la circular 026 el Instituto de Hidrología, Meteorología y estudios ambientales (IDEAM) y la Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres se emitió pronóstico de aumento de lluvia en el País hasta de un 40% adicional para el 2022. En promedio en el Distrito de Cartagena llueve durante los meses de septiembre y noviembre un promedio de 514 mm de lluvias, pero se estimó que el promedio podría ascender con una estimación a 668 mm de lluvia como efecto del fenómeno de la niña.

## **Escenarios de riesgos**

La formulación de escenarios de riesgo comprende la estimación de pérdidas y daños que podría sufrir un territorio ante la ocurrencia de algún desastre asociado a las principales amenazas priorizadas. En la medida que tanto las amenazas, como las condiciones de vulnerabilidad presentan variaciones en el territorio, es posible determinar una distribución espacial del riesgo, con la finalidad de determinar y priorizar acciones, intervenciones y proyectos de manera específica, orientados a disminuir los niveles de vulnerabilidad y riesgo. Para seleccionarlos se reconocen diferentes criterios según las miradas, intereses y actores involucrados, con base en los cuales se puede obtener una buena cantidad de posibles panoramas de riesgo. Para el caso del Plan Distrital de Gestión del Riesgo de Cartagena de Indias, se puntualizan los escenarios por fenómenos amenazantes, en los que cada escenario se refiere a las condiciones de riesgo asociadas con una amenaza en particular (fenómeno amenazante).

Cartagena de Indias, un distrito cuyo encanto colonial se entrelaza con la realidad de su exposición a una amplia gama de amenazas naturales y antropogénicas. Este crisol de historia y modernidad se ve sometido a la constante evaluación y preparación para enfrentar los múltiples escenarios de riesgo que pueden presentarse.

En la encrucijada entre el pasado y el presente, entre la belleza histórica y la realidad contemporánea, Cartagena de Indias se enfrenta a su destino con valentía y determinación. Reconociendo sus amenazas, abrazando sus fortalezas y trabajando en colaboración con actores públicos y privados, la ciudad se prepara para afrontar los desafíos que el futuro pueda deparar.

### **Escenarios de Riesgo Asociados con Fenómenos de Origen Hidrometeorológico:**

#### **Huracanes**

Los huracanes son fenómenos Hidrometeorológico que se caracterizan por la aparición de vientos fuertes con trayectoria circular y con velocidades superiores a los 118 Km/h, que contienen bastante humedad y calor, se forman sobre el mar Caribe y su anillo tiene entre 100 y 200 Km de diámetro.

Los estudios realizados sobre huracanes en el país son muy pocos debido a la baja probabilidad de que se presente este tipo de eventos en el territorio, sin embargo hay que tener en cuenta que una amenaza puede desencadenar otra serie de eventos físicos dañinos como ocurre en este caso; adicionalmente los reportes nacionales sobre huracanes son muy pocos, pues a pesar de que están identificados, son escasos los datos de los impactos que generaron como pérdida de vidas humanas, número de damnificados, infraestructura afectada, etc.<sup>1</sup>.

#### **Tormenta Tropical**

La región caribe colombiana, a pesar de estar catalogada como de baja probabilidad de ocurrencia de este tipo de fenómenos, no se encuentra exenta de sufrir los efectos de un huracán, ya sea de manera directa o indirecta por los efectos colaterales del mismo.

Por influencia directa de las bandas nubosas alimentadoras del ciclón tropical que puede generar lluvias fuertes, vendavales, semitornados, incremento de la altura del oleaje, tormentas eléctricas, entre otros, se encuentran las zonas costeras de los departamentos de Atlántico, Magdalena, Bolívar, Sucre y Córdoba; por efecto de las fuertes lluvias se pueden presentar además inundaciones en ciudades como Cartagena, Barranquilla, Santa Marta, Montería, Sincelejo, Valledupar y crecientes súbitas en ríos y quebradas de la Sierra Nevada de Santa Marta.

## **Escenarios de Riesgo Asociados con Fenómenos de Origen Hidrometeorológico: Vendavales**

Los vendavales son fenómenos meteorológicos caracterizados por vientos fuertes y repentinos, que generalmente están acompañados de aguaceros intensos de larga duración y tormentas eléctricas locales. Estos eventos generalmente ocurren al finalizar los meses de verano y comenzar los de invierno y viceversa.

Se considera que el nivel de riesgo estimativo es alto para el Distrito y que este fenómeno puede presentarse en cualquier parte del territorio, afectando especialmente a las poblaciones más vulnerables

## **Escenarios de Riesgo Asociados con Fenómenos de Origen Hidrometeorológico: Inundaciones**

El documento Diagnostico del POT concluye que la inundación en el Distrito de Cartagena de Indias corresponde a las zonas bajas de llanuras intermareales a orillas del mar o a orillas de los cuerpos de agua internos, así como las partes bajas alrededor de los diferentes canales y drenajes, sectores que se encuentran expuestos a los cambios en el nivel de las aguas por múltiples causas: oleaje, vientos, mares de leva, mareas, así como por el desborde de canales de drenaje y de cauces naturales por lluvias intensas por deficiencia en los sistemas recolectores de agua, hechos que se manifiestan con frecuencia en la mayor parte del Distrito, por lo tanto es necesario reforzar los sistemas de alerta temprana en las zonas expuestas. En la actualidad estos regímenes se ven alterados durante la ocurrencia de los fenómenos de El Niño, La Niña y la Oscilación del Atlántico Norte.

### **2.1.2 Contexto poblacional y demográfico**

#### **Población total.**

El Distrito de Cartagena, de acuerdo con DANE 2020 - 2035 con proyección de población Post-Covid 19 se registra en 2023 una población total de 1.052.015 habitantes, se puede observar que con este último comparándolo con la proyección de DANE del 2018-2026 la población se disminuyó en 13.555 equivalente a 1,27% menos. Esta disminución aparte de los efectos de la pandemia por COVID 19, puede ser atribuida también a la migración y descenso de la natalidad.

#### **Densidad poblacional por kilómetro cuadrado.**

De acuerdo a su extensión territorial y a su número de habitantes, encontramos una densidad poblacional de 1710,4 habitantes por km cuadrado para el Distrito de Cartagena, lo cual incluye su área urbana y sus aproximadamente 25 corregimientos. Es importante

tener en cuenta que la densidad de población no indica exactamente que esas sean las personas que viven por cada kilómetro cuadrado; se trata, solo, de una cifra que permite hacerse una idea aproximada de cuánto territorio está habitado en un determinado lugar.

### **Grado de urbanización y Población por área de residencia urbano/rural**

Cartagena tiene una mayor extensión en zona rural, pero mayormente poblada en zona urbana situación que se ha ido creciendo a lo largo de los años, de esta forma en el 2005 el grado de urbanización fue de 81,91% mientras que para el 2022 alcanzó 88,5%, creciendo 8,0 puntos porcentuales esto implica que mientras en el área urbana viven 88,54% habitantes en el área rural sólo 11,46% de los habitantes. Algunas de las causas relacionadas con la urbanización creciente de la población pueden estar asociado a pobreza en zona insular, falta de empleo, mayores oportunidades de desarrollo en área urbana, además que por cada 100 personas que habitan en el área rural viven 781 personas en el área urbana.

#### **2.1.2.1 Población por pertenencia étnica**

El cabildo zenú es una comunidad conformada por 104 familias desplazadas de Córdoba. Aunque no tienen tierra, luchan en medio de la ciudad para preservar sus tradiciones.

Cabildo de Membrillal, Cartagena de Indias. Una vez despojados de sus tierras en el cabildo de San Andrés de Sotavento, Córdoba, hacia el año 2000, la comunidad indígena zenú no sabía a dónde ir. Fue por influencia de algunos familiares que decidieron migrar a Cartagena. El desplazamiento masivo de este grupo étnico fue causado por grupos paramilitares que los amenazaron y les dieron 24 horas para salir de su territorio.

En 2002 la comunidad formalizó el cabildo zenú asentado en el sector de Membrillal, en Cartagena. Hoy es el único resguardo indígena en esta ciudad reconocido por el Distrito, el Ministerio del Interior y el resguardo indígena de San Andrés de Sotavento.

El censo 2018 planteó la pertenencia a los diferentes grupos étnicos conforme al auto reconocimiento de cada persona registrada, dada esta característica en el Distrito de Cartagena solo el 22% auto reconoció ser parte de un grupo étnico, el 0,88% no informó, el 78,71% expresó no pertenecer a ningún grupo de etnia.

En el Distrito de Cartagena existe un cabildo indígena ubicado en el barrio Membrillal.

Los grupos étnico son poblaciones que cuentan con condiciones y prácticas sociales, culturales y económicas diferentes del resto de la sociedad y que han mantenido su identidad a lo largo de la historia, como sujetos colectivos que aducen un origen, una historia y unas características culturales propias, que están dadas en sus cosmovisiones, costumbres y tradiciones. en Cartagena se auto reconocen mayoritariamente los siguientes:

**Afrodescendientes:** Comunidad con raíces y descendencia histórica, étnica y cultural africana nacidos en Colombia

**Negritudes** Población de ascendencia afrocolombiana que poseen una cultura propia, comparten una historia y tienen sus propias tradiciones y costumbres

**Palenqueros:** Es la población descendiente de los esclavizados que mediante actos de resistencia y de libertad, se refugiaron en los territorios de la Costa Norte de Colombia desde el Siglo XV denominados palenques.

**Raizales:** Es la población nativa de las Islas de San Andrés, Providencia y Santa Catalina descendientes de la unión entre europeos (principalmente ingleses, españoles y holandeses) y esclavos africanos.

Para el censo del 2018 se planteó la pertenencia étnica a los diferentes grupos étnico conforme al autorreconocimiento de cada persona censada, las etnias fueron clasificadas como indígenas, gitanos o rom, raizal de archipiélago de San Andrés y Providencia y santa Catalina, Palenquero de San Basilio, negro, mulato, afrodescendiente, afrocolombiano. Dada estas características solo el 20,4% auto reconoció ser parte de un grupo étnico, el 78,71% de la población expresó no pertenencia a ningún grupo étnico y el 0,88% no informa.

La distribución de la población indígena en el distrito de Cartagena según el pueblo que pertenece se observa entonces cómo predomina con un 70,9 % y un equivalente a 922 individuos que se auto reconocen en este pueblo también se logra determinar un crecimiento poblacional 67,6% y su equivalente de 372 personas más identificadas en el censo del 2018 cuando se compara con los datos ofrecidos en el censo de 2005 también se podría decir que por cada 10 personas del pueblo Zenú en el 2005 2018 hay 6 personas más en segundo lugar hay un grupo poblacional que se identifica como Wayuu mostrando un 7.5% y una reducción de 38,9% y 62 personas menos en el 2015 que en el 2005.

**Kankuamos:** Se les conoce como "guardianes del equilibrio del mundo" son el pueblo amerindio de la familia chibcha en la región Caribe de Colombia.

**Ingas** Son descendientes de los Incas y arribaron a la región como avanzadas militares en el proceso de expansión del imperio

**Zenú** Los Sinú o Zenú son un pueblo indígena de Colombia, cuyo territorio ancestral está constituido por los valles del río Sinú, el San Jorge y el litoral Caribe en los alrededores del Golfo de Morrosquillo, en los actuales departamentos colombianos de Córdoba y Sucre

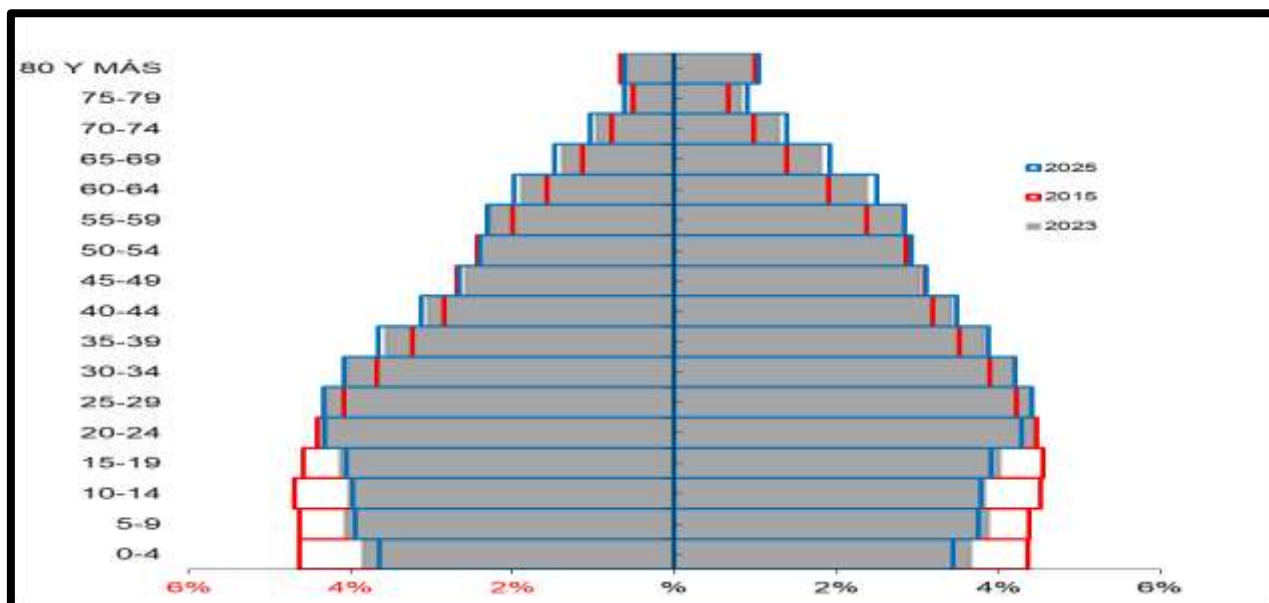
### 2.1.2.2 Estructura demográfica

La pirámide poblacional de Cartagena es regresiva e ilustra el descenso de la fecundidad y la natalidad, lo que es evidente al experimentar una reducción desde sus primeros años de



vida hasta los 19 años para el 2023 y se proyecta que para el 2025 siga disminuyendo. Los grupos de edades que tienen más población son los de 20 a 29 años, se ve un leve ensanchamiento en la población adulto mayor, además el descenso de la mortalidad, esta pirámide poblacional se seguirá estrechando en su base y expandiéndose en los grupos de edades mayores. (Figura 1).

**Figura 1. Pirámide poblacional de Cartagena, 2015, 2023 y 2026**



Fuente: Proyección DANE 2000 -2017 y Censo DANE post COVID 19 proyección 2020 - 2035

Los cambios demográficos por curso de vida presentan su mayor incremento en la adultez (Persona mayor 60 años y más), con el 41,3 % del aumento de la población en el 2023 respecto al 2015 sin embargo respecto al peso porcentual de la población y un equivalente de 39.217 personas más. Así también el curso de vida de la Adolescencia (12 a 17 años) se mantuvo en los dos años (0,11 y 0,10%) y se proyecta que se mantenga para el 2026, (0,09) además se denotan cambios negativos en primera infancia (0 a 5 años), con una reducción 1,0%.

La esperanza de vida al nacer o expectativa de vida es la media de la cantidad de años que vive una determinada población absoluta o total en un cierto período, además permite evaluar las condiciones con los individuos se desarrollan en la sociedad. La esperanza de vida es una medida hipotética porque se basa en las tasas de mortalidad actuales, pero las tasas de mortalidad reales cambian durante el transcurso de la vida de una persona. La

esperanza de vida de cada persona cambia según la misma envejece y a medida que cambian las tendencias de mortalidad.

Los principales indicadores demográficos muestran que para el año 2023 la población total se incrementó en 12% equivalente a 116.128 habitantes con respecto al año 2015. Al comparar los tres años se evidencia que la razón de masculinidad pasa de 94,56 en el 2015 a 93 hombres en el 2023 y se proyecta que se mantenga en el 2025 por cada 100 mujeres, con predominio en mujeres.

### **2.1.2.3 Dinámica demográfica**

Según fuente DANE para el 2022 en el Distrito de Cartagena se reportaron un total de 17.110 nacimientos (10,19 por 1).

La tasa de crecimiento natural o vegetativo que es la obtención de la diferencia entre la tasa de natalidad y la tasa de mortalidad, la tasa de crecimiento vegetativo o natural para el año 2022 fue superior a la del 2021, 9,70 frente a 10,56; crecimiento natural positiva, lo que indica que la población está creciendo debido a un mayor número de nacimientos que de defunciones. La tasa de mortalidad presentó una disminución del 2021 con respecto al 2022, cabe destacar que las tasas de mortalidad más alta del 2005 al 2022 fueron las del 2020 y 2021, reflejo de las altas mortalidades del COVID 19, las tasas brutas de natalidad se ha mantenido en los últimos tres años. Lo anterior sin tener en cuenta fenómenos migratorios.

Con relación a el comportamiento de la fecundidad en Cartagena en población de 15 a 19 años durante la serie analizada se denota cierta inestabilidad al inicio del período (2005-2007); sin embargo, a partir 2008, el patrón presenta una tendencia al incremento y que continúa hasta el año 2009 mostrando una cúspide con una tasa de 90,95 nacimientos por 1000 mujeres, para el 2022 se reportó una tasa de fecundidad de 60,14 nacimientos por cada 1.000 de 15 a 19 años, con una disminución del 10% comparado con el 2021. Al comparar con las tasas de ciudades como Barranquilla y Santa Marta se encuentra por encima de estas, donde la primera reporta una tasa de 55,9 y la segunda de 57,8 nacimientos por cada 1.000 mujeres entre edades de 15 a 19 años.

Para la tasa de fecundidad de mujeres entre 10 a 14 años indica que para el último año del análisis 2 de cada 1.000 mujeres de la misma edad se embarazan, con tendencia estable, al comparar 2005 con el 2021, el pico más alto fue en 2014, 2015 y 2016 que aportó una tasa de 4 nacimientos por cada 1.000 mujeres en edades de 10 a 14 años. Llama la atención si bien en los últimos 7 años las tasas han disminuido, esta continúa siendo elevada, teniendo en cuenta que en este grupo no debería ocurrir embarazos, lo cual en la mayoría de los casos podrían tratarse de violaciones.

#### **2.1.2.4 Movilidad Forzada**

De manera convencional, los organismos internacionales designan migración forzada como aquella movilidad humana ocasionada por anomalía o conflictos ajenos a la dinámica de acumulación de capital, es el caso de la violencia desatada por conflictos políticos, étnicos, religiosos o comunitarios, la violencia generada por las guerras, guerrillas, narcotráfico, también por la irrupción de catástrofes naturales como huracanes, inundaciones, sequías, etcétera.

Según datos de registro único de víctimas, con corte 29 de febrero del 2024, de 2015 a 2023 en el distrito hay 1.802 Personas reconocidas en el marco de la ley 1448/2011 que fueron víctimas de un hecho victimizante, 11.218 Personas reconocidas en el marco de la ley 1448/2011, que declararon (narraron el hecho victimizante) ante el Ministerio público en el territorio., eventos 1.839 Ocurrencia de un hecho victimizante a una persona.

Los hechos victimizantes principales de personas que fueron reconocidas en el marco de la ley 1448/2011 fueron los desplazamientos forzados con 1.207 (69%), amenazas (26%) y homicidios 90 (5%).

#### **2.1.2.5 Población LGBTIQ+**

En Colombia, según el DANE, durante el año móvil mayo 2021 – abril 2022, se identificaron alrededor de 501 mil personas LGBTIQ+, que equivale al 1,4% de la población mayor de 18 años del país. Los datos para Cartagena indican que hay alrededor de 1.444 hogares conformados por personas del mismo sexo; este valor es el cuarto mayor de 1.121 municipios estudiados del censo 2018, solo superada por Cali, Medellín y Bogotá.

La población LGTBIQ+ se enfrenta una serie de desafíos que afectan su bienestar físico y psicosocial, derivados de la discriminación, la intolerancia y la falta de aceptación en la sociedad, lo que resulta como fundamental reconocer a la población LGTBI, quienes históricamente le han sido negado el respeto y reconocimiento.

Entre el 2005 al 2023, de acuerdo al RUV a corte de 29 de febrero del 2024, en el distrito, personas reconocidas en el marco de la ley 1448/2011 que fueron víctimas de un hecho victimizante, de población LGTBI del 2005 al 2023 fueron 23, de los cuales el año que más muertes por hecho victimizantes se presentaron fue el 2017 con 7 casos, seguido del 2023 con 4 casos.

### **2.1.2.6 Población habitante de calle**

La Unidad de Habitante de calle de la Secretaría de Participación y Desarrollo Social busca contribuir a generar una mirada integradora de la población Habitante de calle. Además trabaja para hacer efectivo los derechos humanos para los habitantes de calle, mediante la promoción, el respeto, garantía y protección de estos ciudadanos, impulsando además la formulación de la Política Pública Social del Habitante de Calle, con la que se estipulan los programas y estrategias para una convivencia y movilización ciudadana con redes de apoyo social, que permitan una mejor interacción de la ciudadanía, con los Habitantes de Calle basado en el respeto y en el reconocimiento mutuo.

Desde esta secretaría se han realizado cuatro caracterizaciones desde el año 2021 que han permitido mantener actualizada la base de datos y organizar las múltiples ofertas institucionales para esta población

Del 2021 a 2023 se cuenta con 1.533 habitantes de calle caracterizados de los cuales 899 han manifestado la solicitud de hogar y 150 son beneficiarios del hogar de paso. El año que más habitante de calle se caracterizó fue el 2021 con el 35% , en cuanto al sexo hel 92% de los habitantes de calle sion hombres. El 28% de los habitantes de calle son consumidores de sustancias psicoactivas, un 4,5% son migrantes , el 12% son adultos mayores.

### **2.1.2.7 Población Migrante**

En el Distrito de Cartagena para el año 2022, se identificaron 16.504 personas migrantes atendidas en los servicios de salud, significando un aumento del 12,54 % respecto del año anterior el cual en el ASIS anterior se refleja un análisis hasta la Semana Epidemiológica 52 del año 2021, un total de 2960 personas atendidas en los servicios de salud en los diferentes prestadores del Distrito de Cartagena. En el Departamento Incluyendo el distrito de Cartagena, Bolívar suma un total de 23.359 atenciones en los servicios de salud a personas migrantes, en Colombia el dato correspondiente a 737.897 personas atendidas en la prestación de los servicios en salud correspondería a la población atendida en Cartagena el 2,23% del total nacional.

Cartagena, de Indias es el sexto municipio de Colombia con mayor número de migrantes venezolanos, albergando a cerca de 70.201 personas en dicha condición al 28 de febrero de 2022, según hecho que genera mayores responsabilidades desde lo público, y una carga presupuestal igualmente mayor, ya que, para diciembre del año 2022 en la ciudad se reportaron 42.357 afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS- con un número de atenciones en salud n= 77.593 del 2017 al 2022, mientras que para el 2021,

fueron 32.905 los casos, de acuerdo con la información publicada por el Observatorio de Migración y Salud (OMS).

#### **2.1.2.8 Población Campesina**

En 2021 se inició la recolección con los nuevos lineamientos e instrumentos definidos en su rediseño. Una de las mejoras aplicadas a la GEIH dentro del proceso de rediseño fue la actualización del marco muestral a partir del Censo Nacional de Población y Vivienda (CNPV) de 2018, además esta nueva metodología incluyó dentro de sus objetivos el de promover la visibilidad estadística de grupos poblacionales priorizados que han sido históricamente discriminados y no visibles en la información estadística oficial. Para la inclusión de esta nueva población de interés, se identifica como campesino a aquella persona que subjetivamente se considera como campesino(a) y que adicionalmente vive en una comunidad campesina. El presente boletín se construyó con la información de la GEIH marco 2018. A partir del trimestre móvil febrero - abril de 2023, el cálculo de prevalencia de la población campesina se realiza con la información de la población en edad de trabajar, la cual corresponde a la población de 15 años y más.

En el trimestre móvil noviembre 2023 - enero de 2024, el total de la población de 15 años y más que se identificó subjetivamente como campesina fue de 11.411 mil personas para el total nacional. El 13,3% de la población de 15 años y más que reside en cabeceras son campesinos, equivalente a 4.179 mil personas. El 85,2% de esta población que se encuentra ubicada en centros poblados y rural disperso son campesinos (7.232 mil personas), frente al 14,6% que no se consideran campesinos (1.234 mil personas).

#### **2.1.3 Contexto Institucional de protección social y sectorial en salud**

##### **2.1.3.1 Afiliación a Entidades Administradoras de Planes de Beneficios-EAPB.**

La distribución porcentual de los afiliados al sistema de salud en los regímenes contributivo y subsidiado en el Distrito de Cartagena se distribuye de la siguiente manera: total general de afiliados: 1,235,785 personas de estas están afiliados al régimen contributivo: 556,230 lo que equivale al 45.01% para el régimen subsidiado: se denotan un total de 679,555 personas esto corresponde a un porcentaje de afiliados al régimen de 54.99%. El régimen subsidiado tiene una mayor proporción de afiliados en comparación con el contributivo, el régimen contributivo, aunque tiene una menor proporción, sigue siendo significativo,

Coosalud es la EPS con mayor número de afiliados en ambos regímenes, contributivo y subsidiado, las EPS Mutual Ser, Nueva EPS y Salud Total también tienen un alto número de afiliados en el régimen contributivo, mientras que Mutual Ser, Coosalud y Cajacopi son las principales EPS en el régimen subsidiado.

La proporción de afiliados al sistema de salud es fundamental para comprender la distribución de los beneficiarios y planificar políticas y servicios de salud adecuados en el Distrito de Cartagena.

### **2.1.3.2 Gobierno y gobernanza en el sector salud**

La Resolución 1035 de 2022 del Ministerio de Salud y Protección Social, define el Plan Decenal de salud pública 2022-2031, teniendo como pilares , teniendo como pilares: Avanzar en la garantía del derecho fundamental de la salud. Avanzar hacia las mejoras de las condiciones de vida, bienestar y calidad de vida de los habitantes.

La gobernanza se refiere a la capacidad de accionar del gobierno está enmarcado en un Estado social de derecho, estableciendo alianzas, articulaciones, diálogos y mediaciones con los actores sociales, políticos, económicos e institucionales; en éste sentido, se debe identificar la capacidad para formular e implementar políticas públicas que garanticen los derechos individuales y colectivos, aseguren la estabilidad social, política y económica, establezcan acciones gubernamentales efectivas, faciliten los acuerdos sociales y la participación en los asuntos públicos, además debe proteger los recursos naturales, los activos sociales y la dignidad humana para un desarrollo sostenible. (Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1035 de 2022).

## **2.2 Contexto Procesos económicos y circunstancias de la vida social**

### **2.2.1 Procesos económicos y condiciones de trabajo del territorio y Condiciones de vida del territorio**

La mayoría de la población en capacidad de trabajar en el Distrito asume la economía popular, en sus diferentes expresiones, el sector público y privado no satisface mínimamente gran población en capacidad de trabajo.

En cuanto a la economía popular de acuerdo al informe “Cartagena cómo vamos del 2022” Cartagena tiene la tasa de informalidad más alta de las principales capitales del país, con una tasa de 59,9% seguida de Barranquilla que se encuentra en 59,6 %, Cali con 47,3%.

Dentro de la economía popular se encuentran los trabajadores como carperos que son las personas que trabajan en las playas de Bocagrande, El Laguito, Marbella, Crespo y La Boquilla; por lo general cada Carpero tiene a su cargo 4 a 5 personas trabajando (son los que se encargan de limpiar las carpas, sillas, atender a los turistas que llegan a las playas).

**Cobertura de servicios de electricidad:** El último dato obtenido en 2021 reflejo que el 98,7 % de las viviendas de Cartagena tienen acceso a energía eléctrica, dicho porcentaje comparado con el promedio de nacional 96,5 %, no presenta diferencia estadística

significativa, sin embargo, muestra que Cartagena se encuentra por debajo de la media nacional con 2,2 puntos porcentuales, se muestra además una diferencia relativa de 10 % con relación a las coberturas según áreas de residencia se mostró que la cabecera municipal presento una cobertura de 100% y el resto de 94,8%.

**Cobertura de acueducto:** La cobertura total de los servicios de acueducto del Distrito de Cartagena al año 2021 corresponde a un 99,7%, según información encontrada en el RATING REPORT de Aguas de Cartagena S.A. E.S.P. 30 Jun, 2021, corte de marzo del 2021 al realizar la comparación con Colombia que presenta una cobertura de 86,4%, Cartagena presenta coberturas más altas que la nacional lo cual no muestra diferencias estadísticas significativas.

También se observa una diferencia relativa de 11 % entre los territorios, con relación a las diferencias de las coberturas desagregación según urbano-rural se logró analizar una diferencia relativa de 23,7 %.

**Cobertura de alcantarillado:** Las redes de alcantarillado se consideran en todos los urbanos un servicio fundamental y básico, lo cual son un requisito fundamental para adelantar y aprobar proyectos urbanísticos. En el Distrito de Cartagena la cobertura de alcantarillado según información encontrada en el RATING REPORT de Aguas de Cartagena S.A. E.S.P. 30 Jun, 2021, corte de marzo del 2021 fue de 91,4% es importante mencionar que el 8,6% de la población carece del servicio óptimo de alcantarillado y tratamiento de las aguas servida, también se denotó que entre el indicador nacional y el Distrital no existe una diferencia estadística altamente significativa.

### **Índice de riesgo de la calidad del agua para consumo humano (IRCA)**

**Porcentaje de hogares sin acceso a fuentes de agua mejorada:** El acceso a una fuente mejorada de agua y saneamiento en un hogar es indispensable, además es uno de los indicadores básicos para medir niveles de pobreza de una región, en el Distrito de Cartagena según dato 2018 un 1,0% de los hogares aún se encuentran sin acceso a estas fuentes de aguas, este dato se coloca por debajo la media nacional, lo que significa que la razón de tasas es menor de uno indicando que el que el indicador de la Cartagena es significativamente más bajo que el nacional además no existen diferencias estadísticamente significativas, colocando al Distrito en mejores condiciones.

**Porcentaje de hogares con inadecuada eliminación de excretas:** El Distrito de Cartagena el 7,8 % de los hogares se encuentran en inadecuada eliminación de excretas, este dato en relación al indicador nacional (11,6 %), muestra que no hay diferencia estadísticamente significativa entre el indicador de Colombia y el Distrital.

NBI_Total	12.38
Indice_Pobreza_Multidimensional(IPM)	19,9
NBI_Cabecera	11,49
NBI_Resto	20,52
Gini_Distrital_2018	0,452

### **2.2.2 Dinámicas de convivencia en el territorio**

El ideal de progreso que representa la ciudad ha contribuido, en la última década, a que los desplazamientos forzados violentos sean la principal razón de esta migración (expulsión). Sin embargo, la emergencia de cientos de pandillas en los barrios periféricos de la ciudad, describen otra realidad alejada completamente de la paz con la que durante mucho tiempo se ha representado el Caribe.

La emergencia de pandillas en la ciudad lanza una serie de hipótesis sobre su configuración que vinculan factores de: clase, género y étnico/raciales con lo cual entender su ascenso en Cartagena, además de su relación con el ensamblaje del aparato del Estado y la construcción histórica de la ciudadanía. Estas pandillas están concentradas principalmente en los barrios materialmente más pobres de la ciudad, OH es el más grande de estos y su población mayoritariamente es afrodescendiente al igual que los integrantes de las decenas de pandillas.

La interseccionalidad de este problema se sustenta en la hipótesis que tanto la pobreza, la segregación socio-espacial y la violencia que se presenta en la ciudad tiene raíces estructurales vinculadas con la construcción histórica de lo que se puede llamar como un: Estado racial (Goldberg, 2002), el cual a su vez ha producido y reproducido una ciudadanía precaria, especialmente para las minorías, debilitando su acceso al capital económico en relación con las ciudadanía hegemónicas (blanco/mestiza), que en el caso de Cartagena se ha concentrado: social, material y simbólicamente en los espacios con mejores condiciones urbanísticas, proyección financiera, turística e inmobiliaria. Esto es un proceso que viene siendo planificado desde los años 70, creando de este modo las condiciones materiales y políticas para desplazar y segregar paulatinamente a la población afrodescendiente a las periferias de la ciudad, proceso que he definido como: violencia estructural (Galtung, 1969).



## **2.3 Desenlaces mórbidos y mortales**

### **2.3.1 Análisis de la Morbilidad**

#### **2.3.1.1 Principales causas y subcausas de morbilidad**

En el Distrito de Cartagena en el periodo comprendido entre 2009 al 2022 se atendieron un total de 36.836.032, para el 2022 se atendieron un total de 3.384.860, que al comparar con el año 2021 las consultas se disminuyeron en 8%, de los cuales el 54.5% de las atenciones corresponde a mujeres, posiblemente porque las mujeres tienen mayor necesidad de ameritar servicios de salud, teniendo en cuenta las funciones reproductivas femeninas refiere un conjunto de necesidades particulares de atención como es la anticoncepción, el embarazo, el parto y puerperio. Por curso de vida la población que más demandó mayor número de atención fueron los cursos de vida de la adultez con el 39.8% seguido de las personas mayores de 60 años, las que menos demandaron consultas fueron los cursos de vida de la infancia. Al analizar variación porcentual entre el 2022 con respecto al 2021 por curso de vida, se evidencia que adultez, juventud y la adolescencia presentaron variaciones negativas, con mayor variación en la adultez donde las consultas disminuyeron en -10,89 puntos porcentual cdele 2022 con respecto 2021, para primera infancia, infancia y personas mayores de 60 años se incrementó, con mayor carga en los mayores de 60 años en 11,16 puntos porcentuales del 2022 con respecto 2021.

#### **2.3.1.2 Eventos de alto costo, Distrito de Cartagena.**

A través de la cuenta de alto costo del Ministerio se dispone de información cuantificada de algunas enfermedades que se caracterizan por requerir niveles altos de complejidad, lo cual están relacionadas con la capacidad del sistema de seguridad social, para captar, atender y tratar aquellas personas que son vulnerables de enfermar y morir, entre las que se encuentran la enfermedad renal crónica (ERC), Leucemias Mieloide aguda, Leucemia Linfoidea aguda, VIH/SIDA, en la versión ASIS 2022 , para el indicador de prevalencia en Diagnosticados de la enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal no se encontró datos para el 2021.

Con relación al análisis de los eventos de alto costo, se realizó la estimación de los indicadores: incidencia de VIH notificada, incidencia de leucemia mieloide aguda en menores de 15 años notificada y la incidencia de leucemia linfoide aguda en menores de 15 años notificada, la fuentes de información de los indicadores fue la de Sispro, en los casos de prevalencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal, la información fue tomada de eventos de alto costo del Ministerio de Salud y protección social.

La prevalencia en las personas diagnosticadas por enfermedad renal crónica en fase cinco por cada 100.000 habitantes fue de 100,74 en el 2022, con un indicador altamente

significativo comparado con el país, la tendencia se mantiene al incremento del 2016 al 2022.

La incidencia del VIH fue de 51,38 por cada 100.000, este indicador altamente significativo comparado con el país, con tendencia al incremento del 2013 al 2022. La tasa de incidencia de leucemia pediátrica aguda mieloide no se encontró dato para el 2022 y leucemia pediátrica aguda linfóide reportó una tasa de incidencia de 2,20 por cada 100.00 menores de 5 años frente a 2,64 del país, sin significancia estadística

### **2.3.1.3 Morbilidad de eventos de notificación obligatoria**

La Vigilancia en Salud Pública (VSP) es un proceso esencial para la seguridad sanitaria nacional que tiene entre otras funciones, el identificar y recolectar información para el análisis y comprensión de las situaciones en salud de los territorios, se basa en una serie de eventos definidos como prioritarios para el país y las acciones al interior del sistema están soportadas en la normatividad vigente, que define las responsabilidades de cada uno de los actores del sistema general de Seguridad Social en el territorio nacional.

La priorización de los eventos se basa en criterios de frecuencia, gravedad, comportamiento epidemiológico, posibilidades de prevención, costo-efectividad de las intervenciones, e interés público, entre otros. El flujo de la información desde el nivel local hasta el Instituto Nacional de Salud-INS, se realiza a través del Sistema de Vigilancia Epidemiológica-SIVIGILA y el ingreso de información y acciones relacionadas con los diferentes eventos, se soportan en los lineamientos del INS, plasmados en los protocolos y fichas de notificación.

Los Eventos de notificación, se caracterizan por tener la connotación de carácter obligatorio, tanto del sector público como el privado de ciertas enfermedades, brotes de enfermedades infecciosas y los fallecimientos de causa no explicada donde se sospeche causa infecciosa, en personas previamente sanas. Estas enfermedades tienen distinta forma y periodicidad de notificación, distinguiéndose las de notificación inmediata, notificación semanal y las de notificación por centinelas.

.

### **2.3.1.4 Morbilidad de eventos precursores.**

La Hipertensión Arterial junto con la Diabetes Mellitus son los principales eventos antecedentes de una enfermedad renal crónica y constituye un problema de salud pública y un reto para el sistema de salud. Estas dos enfermedades si no se detectan de manera temprana y de un tratamiento adecuado y oportuno, pueden llevar a la aparición de la

enfermedad renal, la cual, sin un control adecuado, pueden llevar a la persona con terapia de soporte renal y deterioro de la calidad de vida.

Para el año 2022 se reportaron un total de 104740 que corresponde a personas de 18 a 69 años con hipertensión arterial, 14% mas que el año anterior, lo que representó una prevalencia de 13.20 por 100 personas de 18 a 69 años (estimada según datos CAC), con un comportamiento hacia que del 2016 al 2022 se mantiene. Al comparar el indicador con el Nacional sin diferencia estadísticamente significativa. En cuanto las EAPB Salud total reporta el mayor número de hipertensos entre las edades de 18 a 69 años con 27.807 (26%), seguido de Coosalud con 12.163 casos (12%) y en tercer lugar Mutual Ser con 10.461 casos (10%). El 57,5% de los casos corresponde al régimen contributivo seguido del Subsidiado con el 26,3%, el resto al régimen de excepciones.. En cuanto al sexo el 59,5% corresponde a la población femenina.

### **2.3.1.5 Análisis de la población en condición de discapacidad**

En cuanto a las barreras que restringen u obstaculizan la participación de las personas con discapacidad en igual de condiciones con las demás, en primer lugar, se ubican las barreras actitudinales que hacen referencia a las conductas, palabras, frases, sentimientos, preconcepciones, estigmas y prejuicios, donde el 47% de las personas con discapacidad no perciben actitudes negativas, tanto solo un 6% percibe actitudes negativas de Miembros de la familia cercana y de amigos el 4,7%. En segundo lugar, la existencia o no de las barreras físicas y arquitectónicas influyen en la equiparación de oportunidades, acceso a los servicios, garantía de derechos y calidad de vida, dentro de estos espacios físicos, encontramos que el 54,3% perciben barreras en el uso del Transporte público, seguidamente el 51,3% en el Espacio público, 41,9% Edificaciones públicas o privadas y 22,3% en la Vivienda. Y en tercer lugar las barreras de comunicación, el acceso a la información es vital e incide en la calidad de vida, en el conocimiento, aprendizaje, la información y la comunicación a la cual puedan tener acceso las personas hace parte del entorno cercano, el 39,1% percibe barreras de comunicación en las Entidades de salud, el 16,5% Entidades educativas, el 5,4% en tecnologías de información y comunicación TIC y medios de comunicación masivos

### **2.3.2 Análisis de la Mortalidad**

#### **2.3.2.1 Mortalidad general por grandes causas (Ajuste de tasas por edad).**

En el Distrito de Cartagena de Indias a nivel general, el grupo de grandes causas las tasas ajustadas presentaron mayor carga a la mortalidad fueron en su orden las enfermedades del sistema circulatorio, las demás causas y las neoplasias, situación que se ha mantenido

durante toda la serie analizada, con relación a la tendencia se observa un comportamiento al descenso con tasas que van desde 171,4 muertes por 100.000 habitantes en el 2020, hasta 154,9 muertes por 100.000 habitantes en el año 2021 lo que refleja una reducción de la proporción de 9,6% menos y 16,48 muertes menos por cada 100.000 cartageneros que lo ocurrido en el año inmediatamente anterior. Con relación al comparativo con el año 2005 la condición de la tendencia se mantiene al aumento con un porcentaje de 12,5%. En segundo lugar, se ubican las demás causas con una leve tendencia que se visualiza al aumento, muestra una proporción de 0,17% más que pasa de 153,5 muertes por 100.000 habitantes en el 2020 a 153,8 muertes por 100.000 habitantes al final de la serie (2021). En tercer escalafón se sitúan las neoplasias y manteniéndose por toda la serie en este lugar, con un comportamiento al incremento con tasas que van desde 94,8 muertes por 100.000 habitantes en el 2020, hasta 103,7 muertes por 100.000 habitantes en el año 2021 muertes por 100.000 habitantes, esto refleja una proporción en aumento de aproximadamente 69,4% y su equivalente de 8,9 muertes menos por cada 100.000 habitantes en el 2021.

### **2.3.2.2 Mortalidad específica por subgrupo**

#### **Enfermedades transmisibles general Distrito de Cartagena.**

Con relación a lo evidenciado en el indicador de enfermedades transmisibles en el Distrito de Cartagena se evidencia que la quinta causa de mortalidad por esta gran causa y manteniéndose por toda la serie analizada son las infecciones respiratorias agudas con una tasa de mortalidad ajustada por edad de 47,8 por cada 100.000 habitantes la tasa más alta fue precisamente el año actual, aportando el 69,6% de la carga por este grupo de causas.

#### **Neoplasias**

Las neoplasias en la población en general del Distrito de Cartagena representan la tercera causa de muerte dentro de las grandes causas, manteniéndose en esta posición desde hace dos años consecutivos. En primer lugar, se encuentra el Tumor maligno de la próstata con 23,7 muertes por cada 100.000 hombres, seguidamente se encontró el tumor maligno de la mama de la mujer que actualmente aporta una tasa de 19,6 muertes por cada 100.000 habitantes, con tendencias al incremento, en tercer lugar, se encuentra los tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas con un aporte a la tasa de mortalidad general de 13,2 muertes por cada 100.000 habitantes.

#### **Enfermedades del sistema circulatorio**

En el Distrito de Cartagena en el al año 2021, al igual que en Colombia las enfermedades isquémicas del corazón es el subgrupo de causa que más representó mortalidades con una tasa ajustada de 56,6 muertes por 100.000 habitante en esta patología en Cartagena aporta

al grupo de grandes causas un 36,5%, se destaca una disminución de 20,3 puntos porcentuales cuando se compara con el año 2019, y su equivalente de 14,5 casos de fallecimientos por cada 100.000 habitantes más. Para este caso en particular se observó que las mujeres aportan una proporción que supera el 80 % a partir de los grupos poblacionales 65 a 80 años y más y con relación al género masculino se encontró dentro del análisis que los grupos de edad que más aportan a la carga de mortalidad por este es un grupo de causa fueron en primero y segundo lugar respectivamente de 80 años o más y de 70 a 74 años con 29,3 % y 13,6 %.

Las enfermedades cerebrovasculares desde lo ocurrido en el 2005 se ubicaron en segundo lugar con 43,3 muertes por 100.000 habitantes una tendencia a la disminución que muestra una probabilidad de 8,8% menos de morir por esta patología en el 2021 y por último, en tercer lugar, se ha mantenido por 16 años consecutivos, Enfermedades hipertensivas con una tasa de 33,4 muertes por cada 100.000 habitantes aportando un 21,6% a la carga general de mortalidad por este grupo de causa, se denota una tendencia al descenso de 2,5% cuando se compara con el 2020.

### **Causas externas**

En el Distrito de Cartagena las causas externas ocupan en cuarto lugar de frecuencia de mortalidad, en el 2021 las agresiones (homicidio) se destacaron como la principal causa de muerte del grupo de causas externas en el transcurso de todos los años 2005 – 2021, observándose una tendencia con propensión al aumento, que representa un 4,4%, su equivalencia en datos absolutos de 1,0 casos menos por 100.000 habitantes, existe una brecha importante entre sexos, la tasa de mortalidad por homicidios es 17,1 veces más alta en hombres que en mujeres y un equivalente en riesgo porcentual del 94,0% y 42,7 casos menos de muertes por esta causa en 100.000 mujeres. Con relación a la distribución de las agresiones por homicidio en el distrito de Cartagena por grupos de edad se nota una situación particular teniendo en cuenta que para ambos sexos se observan las mayores proporciones a partir de los 15 años hasta los 34 años de edad es así que para hombres el porcentaje es 65,1 % y para mujeres la proporción está ubicada con 55,7%.

### **Mortalidad por las demás causas**

Para este grupo de enfermedades para la población general, las que presentaron mayor número de muertes fueron la Diabetes mellitus, las enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis y el resto de las enfermedades son las tres primeras causas con tasas ajustadas que en su orden aportan a la carga de mortalidad así: 25,58, 21,0 y 20,4 muertes por cada 100.000 habitantes, para el caso de Enfermedades del sistema nervioso, excepto

meningitis muestra una tendencia que se dirige al incremento con un aumento del riesgo de 6,9% con su equivalente 1,3 casos más por cada 100.000 personas; para la Diabetes mellitus y el resto de Resto de las enfermedades la tendencia es al descenso con 8,3% y 1,4% respectivamente, lo que ofrece un total de 2,3 y 0,30 muertes menos por cada 100.000 habitantes.

### **2.3.2.3 Mortalidad materno – infantil y la niñez**

#### **Tasas específicas 16 grandes grupos por sexo en menores de 1 año**

En el análisis de la mortalidad infantil y en la niñez se utilizará la lista de los 16 grandes grupos que corresponde a ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias; tumores (neoplasias); enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad; enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas; enfermedades del sistema nervioso; enfermedades del oído y de la apófisis mastoides; enfermedades del sistema circulatorio; enfermedades del sistema respiratorio; enfermedades del sistema digestivo; enfermedades del sistema genitourinario; ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal; malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas; signos síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte; todas las demás enfermedades; causas externas de morbilidad y mortalidad; Síndrome Respiratorio Agudo Grave – SRAG.

En Colombia la mortalidad infantil ha seguido una tendencia al descenso a través de los años. Entre 1998 y 2017 las tasas de mortalidad infantil disminuyeron un 45%, lo cual equivale a una reducción de casi ocho muertes menos por cada 1.000 nacidos vivos, el cambio porcentual anual estimado de la tasa fue de -3,8 y fue significativo con un nivel de confianza del 95%. Sin embargo, se observa que entre 1998 y 2000 el indicador experimentó un APC de 1,3 aunque este incremento no fue estadísticamente significativo, posteriormente entre 2000 y 2014 la reducción tuvo un APC de -4,1 siendo significativo con un nivel de confianza del 95%.

#### **Tasas específicas 16 grandes grupos por sexo en población de 1 a 4 años**

Los grupos de causas de mortalidad que presentan las tasas de mayor riesgo de morir de niños y niñas de 1 a 4 años en el periodo del 2005 a 2021 son las enfermedades del sistema respiratorio seguido de las causas externas de morbilidad y mortalidad y en tercer lugar los tumores (neoplasias).

Para el 2020 se registraron 26 muertes en esta edad, de los cuales la primera causa de muerte está dada por tumores (neoplasias) con el 34,6% (9 muertes) para un tasa de 12,89 muertes por cada 100.000 menores de 1 a 4 años, seguido se reportan enfermedades del

sistema nervioso y malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómica, cada una con una tasa de 5,73 muertes por cada menor de 1 a 4 años, la primera con tendencia al incremento del 2005 al 2021 con tendencia al incremento donde en el 2005 con una tasa de 2,81 y la segunda con tendencia a la disminución dónde en el 2005 fue de 16,88 muerte por cada 100.000 menores de 1 a 4 años y en tercer lugar se dieron las causas externas de morbilidad y mortalidad del 2005 al 2021 su tendencia fue a la disminución, con valores de 21,01 y para el último año de 4,30 muertes por cada 100.000 menores de 1 a 4 años.

#### **Tasas específicas 16 grandes grupos por sexo en menores de 5 años**

La mortalidad en la niñez (niños y niñas menores de 5 años), en el distrito de Cartagena entre el 2005 al 2021 el 60% de las causas de muertes presentaron una tendencia decreciente, y la mayoría ocurren antes de cumplir el primer año de vida, atribuible a ciertas afecciones ocurridas en el periodo perinatal, malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas. Para el 2021 las ciertas afecciones ocurridas durante el periodo perinatal registraron una tasa de 163,37 muertes por cada 100.000 menores de 5 años con un incremento en tasas de 15,1% comparado con el año inmediatamente anterior, seguido de malformaciones congénitas deformidades y anomalías cromosómicas con una tasa de 62,13 muertes por cada 100.000 menores de 5 años con un incremento de 4% comparado con el 2020. En tercer lugar las enfermedades del sistema respiratorio con una tasa de 12,66 muertes por cada 100.000 menores de 5 años.

Tanto en niños como en niñas no se presenta diferencias por sexo en el orden de las dos primeras causas que produce la mortalidad, donde la primera causa está dada por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal con tasa más alta en niños que en niñas, en cambio las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas más altas en niñas, en tercer lugar se ubican las infecciones respiratorias en niños con tasas de 17,98 muertes por cada 100.000 niños menores de 5 años y en las niñas la tasa es mucho más baja de 7,07 muertes por cada 100.000 niñas menores de 5 años, ocupando es estas el cuarto lugar junto con las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas además de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias. El tercer lugar en las niñas lo ocupan los tumores (neoplasias) que en los niños se ubican en un cuarto lugar junto con tumores (neoplasias), enfermedades endocrinas, metabólicas y nutricionales además de enfermedades del sistema nervioso.

#### **2.3.2.4 Identificación de prioridades en la mortalidad**

La situación de salud en el Distrito de Cartagena de Indias presenta una tendencia al descenso en la mortalidad general, con una reducción del 9,6% en el 2021 en comparación

con el año inmediatamente anterior. Sin embargo, las enfermedades del sistema circulatorio, las demás causas y las neoplasias siguen siendo las principales causas de mortalidad en la población general, con una tendencia al aumento en el caso de las neoplasias.

En cuanto al género, las enfermedades del sistema circulatorio siguen siendo la principal causa de mortalidad en hombres, con una tendencia al aumento en el período analizado. Por otro lado, las demás causas y las neoplasias ocupan el segundo y tercer lugar respectivamente en la mortalidad masculina, con una tendencia al decremento y al aumento respectivamente. En el caso de las mujeres, las demás causas siguen siendo la principal causa de mortalidad, seguidas de las neoplasias y las enfermedades del sistema circulatorio.

En esta misma línea de ideas la tendencia al incremento en la mortalidad por causas externas en los hombres, especialmente la violencia, que ha provocado un aumento en la tasa de mortalidad en los últimos años. Por otro lado, las enfermedades transmisibles ocupan el quinto lugar en la mortalidad masculina, lo que indica la necesidad de fortalecer los programas de prevención y control de enfermedades infecciosas.

Esta situación debe motivar al fortalecimiento de los programas de prevención y control de enfermedades del sistema circulatorio, neoplasias y demás causas de mortalidad, implementar medidas para reducir la violencia y la mortalidad por causas externas en hombres, mejorar los programas de prevención y control de enfermedades transmisibles, implementar estrategias para reducir las desigualdades en salud entre hombres y mujeres, fortalecer los sistemas de vigilancia y monitoreo de la salud para una respuesta oportuna y efectiva a las necesidades de salud de la población.

#### **2.4 Análisis de las respuestas de los diferentes actores ante las problemáticas y necesidades sociales y ambientales que afectan la salud en el territorio.**

La participación de los diferentes actores sectoriales, intersectoriales y transectoriales exigen acciones coordinadas y articuladas que permitan la intervención de las prioridades de salud identificadas. Se identifican los actores, su contribución, sus intereses y su posición frente a cada una de las necesidades identificadas.

A través de la Cartografía como metodología de trabajo colaborativo y participativo se permitió una visión integral y sistémica de la situación de salud en cada localidad.

La identificación de problemas y necesidades en salud deben ir enfocadas a posibles soluciones que permitan la gestión de las mismas. En este espacio mediante la identificación de convenciones se logró plasmar en la matriz las debilidades y fortalezas para dar solución



a las diferentes problemáticas encontradas, partiendo de las siguientes preguntas orientadoras:

Ejes estratégicos, ¿Cuáles son las principales problemáticas en salud?

¿Qué situaciones influyen en las respuestas a las necesidades en salud?

¿Qué propondría para mejorar dichas problemáticas?

## **2.5 Priorización de los problemas y necesidades sociales de la salud en el territorio.**

La implementación de esta metodología se llevó a cabo en cuatro pasos, siguiendo los lineamientos del Ministerio de Salud Pública y Servicios Sociales (MSPS).

En el primer paso, se identificó la comunidad y se definió el objetivo del mapa participativo. Fueron convocados actores como: Representante comunitarios, representantes de entidades territorial en Salud, EAPB, educación

Se llevaron a cabo 5 pasos de acuerdo a los lineamientos dispuesto por el MSPS.

**1, Apertura del espacio:** Inicialmente se realizó la presentación de las personas convocadas, cada una con su perfil específico y actividades que influyen en la comunidad. Entre los asistentes se encontraron líderes comunitarios, representantes de organizaciones sociales, funcionarios públicos, académicos y expertos en el tema.

Después de la presentación, se socializa la agenda con los propósitos de la jornada, dando espacio para la formación de grupos, se explica la metodología de trabajo y se distribuyen los grupos para lo cual se tuvo en cuenta la distribución equitativa en número, pertenencias e sector, y diversidad de actores, con el fin de garantizar una participación activa y representativa de todos los interesados.

Una vez conformados los grupos, se hizo entrega de los materiales necesarios para la construcción de la cartografía social de cada microterritorio, incluyendo papel, marcadores de colores de acuerdo a las convenciones, lápiz, borrador, sacapuntas y lapicero. De esta manera, los participantes pudieron trabajar de manera colaborativa y efectiva en la identificación y análisis de los diferentes aspectos sociales, económicos y ambientales de su comunidad.

**2. Asignación de roles,** dando cumplimiento a los lineamientos para un desarrollo organizado de la jornada se asignaron los siguientes cargos al interior de cada localidad,, moderador, dibujante, el cual no debe tener experiencia ya que la idea fundamental es que cada equipo construya gráficamente su territorio y microterritorio, relator y apoyo logístico.

Se forma 4 grupos : 2 grupos de localidad 1, 1 grupo localidad 2 y 1 grupo localidad 3

Se marcan las mesas con el número 0 de localidad



**3. Identificación de las convenciones:** Las convenciones, a su vez, se refieren a los gráficos y colores utilizados para identificar o hacer referencia a elementos específicos dentro de los mapas elaborados por los asistentes de cada microterritorio. En la cartografía social, la identificación de las convenciones es fundamental para socializar las convenciones propuestas y determinar si es necesario considerar alguna convención adicional que no haya sido discutida previamente.

Las convenciones cartográficas, como los símbolos y colores acordados, son esenciales para garantizar la comprensión y la interpretación adecuada de la información representada en los mapas. Al socializar estas convenciones, se busca asegurar que todos los participantes se familiaricen con su significado y puedan utilizarlas de manera consistente en la construcción de la cartografía social de cada microterritorio.

La discusión sobre las convenciones propuestas y la posibilidad de incluir otras que no hayan sido consideradas inicialmente permitió garantizar la claridad y la coherencia en la representación de la información en los mapas. Esto facilitó la comunicación efectiva y la interpretación precisa de los datos recopilados durante el proceso de cartografía social, lo que a su vez contribuye a una mejor comprensión de la realidad social y territorial de la comunidad.



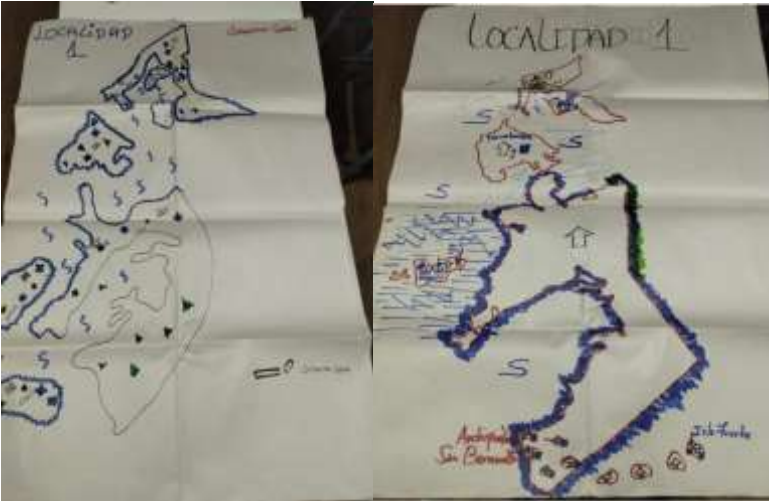
VIDA		CONVENCIONES		Salud	
ICONO	SIGNIFICADO	ICONO	SIGNIFICADO	ICONO	SIGNIFICADO
	Fuente de agua		Lugar que representa riesgo para la salud		Zona de derrumbes / deslizamientos
	Centro poblado / Caserío / zona de viviendas		Zonas de contaminación		Parques, reservas forestales
	Centro educativo		Inundaciones		Comunidades indígenas
	Hospital /centro de salud		Comunidades negras, afros, indígenas		
	Zona de conflicto armado				
	Instituciones gubernamentales /fundaciones				
	Empresas / Industrias				

**4. Elaboración de mapa y apertura de diálogo:** En la etapa de elaboración del mapa y apertura del diálogo en la cartografía social, se dispuso de mesa por cada grupo con los participantes dispuestos de tal forma que se facilitará una mejor visualización del mapa y fomentar la interacción y el intercambio de ideas.

Para la elaboración del mapa, se tuvo en cuenta dibujar lo más cercano posible al croquis del territorio, asegurándose de incluir detalles relevantes y representativos del entorno.

Este enfoque de trabajo colaborativo y participativo, con los participantes dispuestos alrededor de la mesa central, promueve la creatividad, la comunicación abierta y la construcción colectiva de conocimiento a través de la cartografía social. La visualización conjunta del mapa y la apertura del diálogo en este formato facilito la identificación de aspectos clave, la generación de ideas y la toma de decisiones informadas para abordar los desafíos y oportunidades presentes en el territorio.

Localidad 1



Localidad 2

Localidad 3





**5. Diligenciamiento de la matriz:** Durante la fase de diligenciamiento de la matriz en la cartografía social, se utilizó este instrumento como herramienta para la organización y sistematización de la información recopilada en los espacios participativos. La matriz se diligenció de manera paralela al desarrollo del espacio de participación, lo que permitió una captura oportuna y precisa de las necesidades y situaciones en salud identificadas en cada Localidad

La matriz fue diseñada con una visión realista para la gestión de posibles soluciones, teniendo en cuenta que cada problemática debe estar ubicada por eje estratégico del plan decenal de salud pública. Esto facilitó la clasificación y priorización de las necesidades y problemáticas identificadas, lo que a su vez permitió la generación de recomendaciones acciones y concretas para abordar los desafíos en salud en cada localidad.

## PRIORIZACION DE PROBLEMAS Y NECESIDADES EN SALUD

1. Descripción del problema o núcleo inequidad	2. Priorización en salud	
<p><b>Fallas en el abordaje Integral para la atención materno-perinatal:</b>            Deficiente calidad en la atención en la salud (THS)            Débil gobernanza (autoridad sanitaria)            Deficiente gestión del riesgo- EAPB, (gestante-seguimiento, identificación de usuarios en edad fértil)            Fragmentación- Desarticulación interinstitucional y otros actores comunitarios            Débiles redes de apoyo comunitario            Falta de adherencia a guías médicas, protocolo, ruta de atención materno perinatal</p>	Magnitud	Alto
	Pertinencia	Alto
	Trascendencia	Muy Alto

	Factibilidad de la intervención	Muy Alto
	Viabilidad de la intervención	Muy Alto
<p><b>Deficiencia en el manejo integral en los factores de riesgo de salud mental, que incluyan prevención, detección temprana y tratamiento de los trastornos por curso de vida</b></p> <p>Limitación en el acceso a los servicios de salud</p> <p>Falta de atención especializada en la población infantil y adolescente que permita intervención durante las etapas críticas de su desarrollo</p> <p>Falta de coordinación sectorial e intersectorial que motiven la inclusión diferencial y de género</p> <p>Deficiencia en estrategias integrales que incluyan participación social, comunitaria e institucional.</p> <p>Fallas en la atención por curso de vida</p> <p>Deficiencia en el fortalecimiento de intervenciones y estrategias para la prevención de sustancias psicoactivas.</p> <p>Poca frecuencia en las actividades de actualización del recurso humano en salud</p> <p>Falta de intervenciones oportunas para abordar las causas multifactoriales del suicidio</p> <p>Deficiencia en la detección temprana de signos y síntomas que afectan el comportamiento en la salud mental de la población</p> <p>Limitación en el acceso a servicios integrales de salud</p>	Magnitud	Muy Alto
	Pertinencia	Muy Alto

	Trascendencia	Muy Alto
	Factibilidad de la intervención	Muy Alto
	Viabilidad de la intervención	Muy Alto
<p><b>Deficiencia en la intervención, prevención y el control de las Enfermedades No Transmisibles</b></p> <p>Poca continuidad y participación en estrategias de prevención y control</p> <p>Falta de articulación de los sectores para campañas masivas de detección temprana y tratamiento oportuno</p> <p>Ausencia de equidad en los servicios de salud</p> <p>Deficiencia en el manejo integral de las enfermedades crónicas no transmisibles</p> <p>Deficiencia en la participación comunitaria y social en actividades y toma de decisiones</p> <p>Poco compromiso de los actores en las articulaciones sectoriales e intersectoriales</p> <p>Deficiencia en las actividades de supervisión interna y extrañas de las instituciones prestadoras de servicios de salud</p> <p>Falta de capacitación del personal sanitario</p>	Magnitud	Muy Alto
	Pertinencia	Muy Alto
	Trascendencia	Muy Alto
	Factibilidad de la intervención	Muy Alto



	Viabilidad de la intervención	Muy Alto
<p><b>Falta de atención con enfoque diferencial y manejo integral a poblaciones vulnerables en los servicios de salud.</b>  Falta de identificación de necesidades específicas de cada grupo diferencial  Deficiencia de la cooperación y sinergia de los actores en salud  Deficiencia en el acceso a programas integrales que permitan promover la inclusión socioeconómica e integración social  Fallas en el cumplimiento de la política pública de poblaciones vulnerables  Inconsistencias en el seguimiento y control a las instituciones prestadoras de servicios de salud.  Deficiencias en la preparación del personal sanitario  Limitación en el acceso a los servicios de salud  Carencia en la inclusión de los principios de igualdad de género, diversidad y empoderamiento comunitario.</p>	Magnitud	Alto
	Pertinencia	Alto
	Trascendencia	Alto
	Factibilidad de la intervención	Alto
	Viabilidad de la intervención	Muy Alto
<p><b>Aumento en la mortalidad infantil, niños y niñas con deficiente atención integral en salud y deficientes entornos protectores.</b>  Problemas en afiliación de niños y niñas por no identificación oportuna para el acceso a los servicios de salud  No garantía de integralidad en las atenciones de la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud, no adherencia a guías y protocolos  Dificultad en la detección temprana y tratamiento oportuno de enfermedades en los niños que pueden llevar a la mortalidad.  Deficiente seguimiento en programas de gestión del riesgo programas de prevención y mantenimiento de la salud  Salas ERA con deficiente equipamiento e una infraestructura</p>	Magnitud	Alto

<p>Adaptación e implementación de AIEPI clínico por el personal asistencial</p> <p>Esquemas incompletos de vacunación.</p> <p>Insatisfacción de los usuarios por barreras de acceso al servicio, por inoportunidad en la atención.</p> <p>Poca respuesta a demanda inducida por parte de padres y cuidadores</p> <p>No disponibilidad de agua potable en área rural insular y continental, e invasiones en área urbana.</p> <p>Aumento de la mortalidad infantil niños y niñas sin acceso a la atenciones promocionales de la salud, 11.Poca duración en la práctica de la lactancia materna exclusiva e introducción temprana de alimentación complementaria por desconocimiento de las ventajas de la lactancia, malos hábitos alimentarios de madres, padres o cuidadores.</p> <p>No adaptabilidad de la prestación de servicios a la RPMS considerando la atención diferencial----Integralidad de la atención mediante procesos de referencia y contrarreferencia no solo limitado a la atención de urgencias- ---Estrategias diferenciales de gestión del Riesgo en salud acordes a al ASIS y a la caracterización de la Población por parte del asegurador-----Articulación Intersectorial que permita consolidar y fortalecer redes de cuidado.</p> <p>Fortalecer la gobernanza y rectoría en salud de la entidad territorial para el cumplimiento de las competencias intersectoriales y la garantía de la atención en salud de niños y niñas</p>		
	Pertinencia	Alto
	Trascendencia	Muy Alto
	Factibilidad de la intervención	Muy Alto

	Viabilidad de la intervención	Muy Alto
<p><b>Incremento de riesgos laborales en la población trabajadora de la economía popular y comunitaria: Falta de control en el ambiente laboral.</b> (ENTORNOS LABORALES DE LA ECONOMIA POPULAR Y COMUNITARIA CON DEFICIENCIA DE CONDICIONES SEGURAS Y SALUDABLES POR AUSENCIA DE MEDIDAS DE PROMOCION DE LA SALUD, PREVENCION DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES DE ORIGEN LABORAL ASOCIADO A DESCONOCIMIENTO Y BAJA PERCEPCION DE LOS RIESGOS POR PARTE DE LOS TRABAJADORES)</p> <p>Baja cobertura de afiliación integral al sistema general de seguridad social. Desconocimiento sobre riesgos de origen laboral y medidas preventivas.</p> <p>Debilidad en el sistema de información para el reporte de accidentes y enfermedades laborales de la economía popular y comunitaria.</p> <p>Ausencia de caracterización de la población de la economía popular y comunitaria. Débil seguimiento y acompañamiento de las ARL a las empresas Pymes. Desarticulación de los diversos actores y sectores para la atención de las necesidades de la economía popular y comunitaria.</p> <p>Ausencia en la aplicación de hábitos, condiciones y estilos de vida saludable en el ámbito laboral.</p> <p>Falta de medidas de protección y prevención en lugares de trabajo de la economía popular y comunitaria.</p> <p>Deficiencia en la articulación intersectorial para manejo integral</p>	Magnitud	Medio

<p>Incremento de nuevas actividades económicas populares e informales</p> <p>Falta de protección social, Los trabajadores informales a menudo carecen de cobertura de salud y seguridad ocupacional, lo que los deja desprotegidos ante enfermedades y accidentes laborales.</p> <p>Nutrición de baja calidad, la falta de acceso a una alimentación adecuada puede debilitar la salud de los trabajadores informales.</p> <p>Falta de acceso a agua potable y servicios sanitarios, la carencia de servicios básicos de agua y saneamiento aumenta los riesgos para la salud.</p> <p>Deficiencia en las estrategias de información masiva y comunitaria al momento de realizar actividades relacionadas con la prevención de riesgos laborales</p>		
	Pertinencia	Medio
	Trascendencia	Medio
	Factibilidad de la intervención	Medio

	Viabilidad de la intervención	Medio
<p><b>Deficiencia al acceso integral a los servicios de salud sexual y reproductiva:</b>  Sexualidad a edad temprana- Facturas en los núcleos familiares  Violencia de género - abuso sexual  Deficiencia en la educación sexual y reproductiva desde los niveles básicos de educación, dejando de verlo como un tabú y entendiéndolo como un punto importante y necesario en la salud general del ser humano.  Deficiente acceso a métodos anticonceptivos y servicios de salud reproductiva para los jóvenes.  Explotación sexual  Dificultades en la comunicación y relación entre profesionales de la salud y los pacientes, afectando la calidad de la atención y el proceso de cuidado.</p>	Magnitud	Alto

	Pertinencia	Alto
	Trascendencia	Alto
	Factibilidad de la intervención	Alto
	Viabilidad de la intervención	Alto
<p><b>Deficiencia en la intervención, prevención y control de enfermedades transmisibles:</b>  Falta de saneamiento, infraestructura básica  Falta de concientización de la población sobre la importancia de la prevención y el control de enfermedades transmisibles y falta de educación sanitaria.  Propagación de enfermedades transmisibles, aumento de la carga de morbilidad y mortalidad relacionadas con ella  Deficiencia de agua potable y alcantarillado en zona insular.</p>	Magnitud	Muy Alto
	Pertinencia	Muy Alto
	Trascendencia	Muy Alto
	Factibilidad de la intervención	Medio
	Viabilidad de la intervención	Muy alta

<p><b>Aumento enfermedades relacionadas con la salud ambiental, la variabilidad del cambio climático y los productos de uso y consumo humano.</b></p> <p>Deficiencia en el acceso a agua potable en zonas rurales (insulares y continentales) e invasiones en área urbana.</p> <p>Deficiencias en la cobertura y en prestación del servicio de acueducto y alcantarillado en zonas rural (insular y continental) e invasiones en área urbana.</p> <p>Mal manejo y disposición final de residuos sólidos y líquidos.</p> <p>Contaminación de cuerpos de agua.</p> <p>Deficiencia en la continuidad en actividades de educación que incluyan participación social y comunitaria, masiva.</p> <p>falta de conciencia ciudadana frente a las acciones de prevención y cuidado del ambiente, consumo excesivo de energía y combustibles fósiles que genera emisión de gases de efecto invernadero.</p> <p>Contaminación que afecta la calidad del aire</p> <p>Falta de herramientas y equipos tecnológicos que permitan la identificación de Alertas tempranas relacionadas con la variabilidad del cambio climático y contaminación ambiental.</p> <p>Incumplimiento de normas sanitarias en establecimientos de productos de uso y consumo humano.</p> <p>Surgimiento de nuevos peligros ambientales relacionados con el cambio climático que generan desastres naturales y afectan la salud y bienestar.</p> <p>La Deforestación</p> <p>Insuficiente personal humano idóneo que realice las intervenciones de promoción, prevención, inspección, vigilancia y control relacionadas con la salud ambiental, el cambio climático y los productos de uso y consumo humano.</p> <p>No adherencia a la aplicación de protocolos y rutas integrales de atención en salud ante eventos de salud Pública de Importancia internacional ESPII.</p>	Magnitud	Alta
	Pertinencia	Alta

	Trascendencia	Muy Alta
	Factibilidad de la intervención	Alta
	Viabilidad de la intervención	Alta
<p><b>Brechas de atención en la salud que incrementan la mortalidad infantil:</b>  Falta de adherencia a guías médicas, protocolo, por parte del personal asistencial  Falta de acceso a los servicios de atención con calidad que dificulta la detección temprana y tratamiento oportuno de enfermedades en los niños que pueden llevar a la mortalidad</p>	Magnitud	Alto



<p>Falta de garantía de seguimiento en programas de gestión del riesgo programas de prevención y mantenimiento de la salud</p> <p>Falta de un buen equipamiento y una infraestructura de las salas ERA</p> <p>Adaptación e implementación de AIEPI clínico por el personal asistencial</p> <p>Falta de calidad en la atención, puede llevar a una falta de participación y satisfacción de los usuarios, falta de ética.</p>		
	Pertinencia	Alto
	Trascendencia	Muy Alto
	Factibilidad de la intervención	Muy Alto
	Viabilidad de la intervención	Muy Alto
<p><b>Riesgos para la salud asociados a un clima cambiante:</b></p> <p>Contaminación que afecta la calidad del aire y el agua, -</p> <p>Aumento de enfermedades transmitidas por vectores.-</p> <p>Aumento de infec</p> <p>Falta de tecnológico en el tiempo real, lo cual no permite tomar decisiones oportunas respiratorias.</p> <p>Aumento de enfermedades transmitidas por vectores</p> <p>Aumento de infecciones respiratorias</p>	Magnitud	Alto
	Pertinencia	Medio
	Trascendencia	Alto
	Factibilidad de la intervención	Alto
	Viabilidad de la intervención	Alto

### **3. CONTENIDOS DEL COMPONENTE ESTRATÉGICO Y DE INVERSIÓN PLURIANUAL DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD.**

#### **3. 1 COMPONENTE ESTRATEGICO**

##### **3.1.1 PILARES DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO**

El Modelo de Salud Preventivo y Predictivo se define como una construcción colectiva de base territorial fundamentada en la Atención Primaria en Salud. Su accionar se centra en las personas, las familias y las comunidades e implica el desarrollo de los principios y elementos centrales de la APS tales como: primer contacto a través de equipos básicos de salud y centros de atención primaria; abordaje familiar y comunitario; atención integral, integrada y continua; énfasis en la promoción y prevención; participación social incidente y decisoria; interculturalidad y transectorialidad.

El Modelo de Salud Preventivo y Predictivo orienta la respuesta desde el sector salud y los otros sectores a partir de la comprensión integral de las necesidades sociales de la salud en los territorios, promoviendo la concurrencia y complementariedad de las acciones y recursos para el logro de la equidad en salud y la afectación positiva de los determinantes sociales de la salud.

#### **Propósito**

Orientar el accionar de los agentes del sistema de salud para la garantía del derecho fundamental a la salud en todo el territorio nacional haciendo efectiva la atención primaria en salud-APS a través de estrategias orientadas a recuperar la integridad del sector salud, la soberanía sanitaria y la gobernanza territorial; fomentar el trabajo digno y decente en el sector salud; y conformar y organizar redes integradas de servicios de salud en donde se fortalezca el nivel primario con equipos básicos de salud y centros de atención primaria en salud y se garantice el acceso y la continuidad de la atención en el nivel complementario

#### **Objetivo**

Garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, sin barreras, desde un enfoque preventivo y predictivo mediante la implementación efectiva de la estrategia de atención primaria en salud - APS.

#### **Pilar 1. Integridad en el Sector Salud**

En el desarrollo del Modelo de Salud Preventivo, y Predictivo todos y cada uno de los agentes del sistema de salud se comprometen a actuar con honestidad, lealtad y preeminencia del interés general sobre el particular, promueven el bienestar de la comunidad en su conjunto, aseguran la sostenibilidad del sistema, la calidad en salud, la

conurrencia, complementariedad y eficiencia en el uso de los recursos, la soberanía sanitaria y la participación social y comunitaria como elementos centrales para garantizar el derecho fundamental a la salud, la legitimidad del sistema de salud y el fortalecimiento de la democracia

## **Pilar 2. Territorialización social, gobernanza y gobernabilidad**

El modelo de salud preventivo, y predictivo, crea niveles cercanos para avanzar hacia la descentralización, recuperando la autoridad sanitaria a nivel territorial y concretando políticas públicas mediante acuerdos no jerárquicos entre los actores del sistema de salud. Reconoce la participación social como un derecho y refuerza la incidencia de la ciudadanía en las orientaciones y decisiones relacionadas con la salud.

Este modelo adopta un enfoque integral para abordar la complejidad y diversidad de los territorios, considerando sus estructuras sociales, culturales, económicas, étnicas y de género y de esta manera organizar la respuesta del sector salud y de los otros sectores.

## **Pilar 3. Trabajo digno, decente y condiciones de equidad para los trabajadores del sector de la salud**

Los trabajadores del sector de la salud desempeñan un papel fundamental en el modelo de salud preventivo y predictivo, siendo la piedra angular para restablecer la gobernanza, la rectoría y la capacidad de las autoridades sanitarias a nivel Nacional, Departamental y Municipal. En este modelo, la noción de equidad, trabajo digno y trabajo decente se materializa mediante la integración de cinco elementos clave: la planificación y gestión con base en las realidades de los territorios, la redistribución de competencias en salud pública y atención primaria en salud, la promoción de posibilidades de empleo y condiciones laborales, la protección social y la garantía de los derechos de los trabajadores.

## **Pilar 4. Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud**

El modelo de salud preventivo, predictivo y resolutivo establece para la respuesta en salud una organización en redes integrales e integradas de servicios de salud que permita el desarrollo de acciones territorializadas, universales, sistemáticas, permanentes y resolutivas. Las redes se conforman bajo el liderazgo de la Entidad Territorial Departamental y Distrital a partir de la definición de áreas geográficas para la gestión en salud, la comprensión integral de las necesidades sociales de la salud en el territorio y el análisis de la oferta y demanda de servicios. La respuesta a las necesidades en salud en lo individual y lo colectivo se organiza en un nivel primario fortalecido con equipos básicos de salud, centros de atención primaria en salud y coordinación con servicios sociales y de cuidado y un nivel complementario en donde se garantice el acceso a servicios de mediana y alta complejidad.

### **3.1.2 COMPONENTES DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO**

#### **Soberanía Sanitaria**

La soberanía sanitaria es la capacidad de las sociedades democráticas para asegurar, a través de su organización estatal, la equidad en la producción, distribución y acceso a los recursos esenciales para mantener la vida y la salud de las poblaciones\*. El alcance de este componente se relaciona con la implementación de acciones y estrategias encaminadas a fortalecer la soberanía sanitaria por parte del estado, en particular, en lo referente al desarrollo, producción y distribución justa de las Tecnologías Estratégicas en Salud (TES), entendidas como las actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos médicos, medicinas y terapias alternativas y complementarias, servicios y procedimientos usados en la prestación de servicios de salud, así como los sistemas organizativos y de soporte con los que se presta esta atención en salud y las capacidades del talento humano requerido, con el fin de garantizar su disponibilidad, mejorar el acceso y propender por la garantía del derecho fundamental a la salud

#### **Ciencia, Tecnología e Innovación**

El componente de gestión del conocimiento y desarrollo de Ciencia, Tecnología e Innovación (CTel) es estratégico y transversal dado que permite la articulación entre los otros componentes del modelo de salud y los diferentes actores del sistema de CTel en Colombia, con el fin de contribuir a la generación de conocimiento en salud pública que permita dar solución a los principales problemas de salud de las poblaciones con la formulación, implementación y evaluación de políticas públicas. El modelo de salud preventivo y predictivo avanzará de la mano de la recuperación y ampliación de las capacidades nacionales y territoriales relacionadas con la gestión, producción, reconocimiento y divulgación del conocimiento científico, de los conocimientos tradicionales y saberes ancestrales y la investigación en salud. Este componente se acoge el modelo planteado en la política de CTel en salud y Minciencias de políticas orientadas por misiones y conformación de ecosistemas de investigación en salud.

#### **Calidad e inspección, vigilancia y control**

Es el componente por el cual se garantizará la materialización del derecho a la salud con oportunidad, accesibilidad, equidad y calidad, mediante la interacción del Sistema Integrado de Calidad y el Sistema Integrado de Inspección, Vigilancia y Control, para de esta manera buscar mantener los estándares mínimos y superiores de calidad en todos los procesos a cargo de los actores del sector salud: Entidades territoriales, Aseguradores, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, Servicios Socio Sanitarios y usuarios

En los procesos de cada actor se desarrollarán puntos de gestión y seguimiento de acuerdo con la calidad esperada, generando los insumos para el Sistema de Inspección, Vigilancia y

Control, el cual, aplicara las normas y procesos a los agentes, con fundamento en la Supervisión Basada en Riesgos.

### **Sistema Único Público de Información en Salud**

El Sistema único público de información en salud se orienta a garantizar la disponibilidad, oportunidad, calidad, gobernanza e interoperabilidad de la información del Sector Salud y Protección Social para la toma de decisiones y el desarrollo de las acciones en el marco de la operación del modelo de salud. Este componente integra el seguimiento de la salud de las personas, las familias y las comunidades, así como el soporte informático al ciclo de atención en salud incluyendo aspectos administrativos y financieros, así como la gestión de recursos físicos, humanos y tecnológicos para la atención en salud de acuerdo con la operación en las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud.

### **Gestión territorial para el cuidado de la salud**

La gestión territorial corresponde al conjunto de procesos y acciones que realiza la Entidad Territorial de Salud con otros actores a nivel sectorial e intersectorial para lograr la implementación del cuidado de la salud, reconociendo las prioridades en relación con el derecho a la salud en conexidad con los demás derechos, así como las particularidades de los contextos y elementos propios del desarrollo de la población y el territorio. Comprende la gestión de la política, la gestión intersectorial, la gestión intercultural, la adecuación de la arquitectura institucional, la asistencia técnica para el desarrollo de capacidades de los actores del Sistema de Salud, entre otros.

La gestión territorial del cuidado de la salud comprende cuatro (4) acciones simultáneas e interdependientes, como son: (i) comprensión y planeación de la respuesta en salud en el territorio; (ii) abordaje territorial de la salud; (iii) continuidad de la atención en la red integral e integrada de servicios de salud y (iv) seguimiento a la gestión territorial del cuidado de la salud basado en APS.

### **Participación social en salud.**

La participación social es una de las condiciones indispensables para el desarrollo de la autonomía y el ejercicio pleno de los derechos. En el marco de este componente las Entidades Territoriales de Salud deben reconocer y articularse a los espacios propios de la comunidad y a los tiempos y dinámicas de estas como condición indispensable para el desarrollo de políticas, programas y estrategias orientadas a la garantía del derecho a la salud.

## **Vigilancia en Salud Pública**

La vigilancia en salud pública es entendida como un proceso sistemático y constante de recolección, análisis, interpretación y divulgación de datos específicos relacionados con la salud, para su utilización en la planificación, ejecución y evaluación de la práctica en salud pública. En el marco del modelo se establece el fortalecimiento de capacidades y competencias transversales y específicas del talento humano en vigilancia epidemiológica comunitaria y la conformación de Redes de Vigilancia en Salud Pública con base Comunitaria - RVSPC en el marco de la Atención Primaria en Salud y el fortalecimiento de la inteligencia epidemiológica para el desarrollo del eje predictivo del modelo de salud.

## **Distribución del talento humano en salud, redistribución de competencias y trabajo digno y decente**

La Organización Internacional del Trabajo (1990), define cuatro elementos que integran el trabajo digno: el empleo, la protección social, los derechos de los trabajadores y el dialogo social. Estos elementos promueven las condiciones para acceder y mantener la calidad de vida de los y las trabajadoras en salud en pro de satisfacer las necesidades básicas en el marco de los derechos humanos. De igual forma, la agenda 2030 establece en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (objetivo N°8), la necesidad de promover el crecimiento económico sostenido, inclusivo y sostenible en el empleo productivo y el trabajo decente. El Modelo de Salud Preventivo y Predictivo, integra estos cuatro elementos a través de este componente con estrategias orientadas a mejorar la distribución del talento humano en salud, redistribuir competencias hacia la Atención Primaria en Salud - APS y promover el trabajo digno y decente.

## **Conformación, y operación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud**

Este componente integra los procesos relacionados con la determinación de las organizaciones que harán parte de la red en el territorio y la integración funcional y coordinada de los prestadores de servicios de salud que conforman la Red. Estas redes reconocen la calidad en salud como un pilar esencial para la garantía del derecho a la salud de las personas, familias y comunidades e integran las dimensiones de efectividad, eficiencia, seguridad, atención centrada en las personas, familias y comunidades, equidad, acceso, integración y sostenibilidad. La conformación y operación de las RISS se desarrolla bajo el liderazgo de las Entidades Territoriales Departamentales y distritales y se fundamenta en el análisis de la población (características, necesidades y demás), las condiciones del territorio, la oferta disponible y la suficiencia de servicios de salud, y la continuidad del cuidado.

En este sentido y bajo el enfoque del territorio, se organizan y articulan los diferentes prestadores de servicios de salud en función de su capacidad operativa, de gestión y resolutoria, para la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación,

cuidados paliativos y asistencia para la muerte digna. Las redes se organizan bajo un enfoque de la gobernabilidad y de la especificación de las competencias en el territorio y la articulación entre los diferentes componentes de la red (primario y complementario) donde los mecanismos de remisión y contrarremisión de pacientes constituyen el elemento esencial para la continuidad de la atención dentro de todo el sistema.

### **Fortalecimiento del nivel primario con Equipos Básicos de Salud y Centros de Atención Primaria**

El nivel primario de atención se define como el componente de la red conformado por los centros de atención primaria en salud - CAPS como unidad polifuncional de base territorial y los equipos básicos de salud que tienen a su cargo un territorio y la población que en él habita. El nivel primario se considera como puerta de entrada y primer contacto con el sistema de salud y su fortalecimiento se orienta a que en este nivel se puedan resolver el mayor número de necesidades en salud con un énfasis en promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Facilita la coordinación entre sistemas de cuidados para una atención integral, continua, centrada en la persona, el fomento del bienestar y la calidad de vida; integra las formas de cuidado provenientes de saberes populares, tradiciones culturales, y saberes propios de comunidades étnicas y campesinas, las estructuras propias de salud, así como los servicios sociales, sociosanitarios y ambientales del territorio, incluidos los dispositivos comunitarios.

El Centro de Atención Primaria en Salud - CAPS actúa como nodo articulador que facilita la coordinación entre las organizaciones que integran la red para una atención integral, continua, centrada en la persona, el fomento del bienestar y la calidad de vida, en marco de su operación con acciones universales, territoriales, sistemáticas y permanentes, bajo un enfoque de salud pública, de determinantes sociales, diferencial poblacional y territorial, en desarrollo de la atención primaria en salud.

### **IPS de mediana y alta complejidad fortalecidas para el trabajo en RIISS**

Para la garantía de la atención integral y continua en salud de la población en todo el territorio nacional, en el marco de las redes se fortalecerán las instituciones de mediana y alta complejidad, para la provisión de servicios de salud de mayor requerimiento tecnológico y talento humano especializado, articulados con los CAPS los cuales apoyan la gestión de la referencia y contrarreferencia a lo largo de la red.

Con relación a las instituciones públicas de mediana y alta complejidad, en el contexto de las redes y los Planes maestros de inversiones en infraestructura y dotación en salud departamentales, distritales y nacional, se llevará a cabo su fortalecimiento y modernización, en especial en territorios con baja oferta de servicios con el fin de mejorar accesibilidad y cerrar brechas de equidad.

## **Aspectos clave para la integración en el proceso de planeación**

1. El Modelo de Salud Preventivo y Predictivo busca a través de la operativización de sus pilares y componentes contribuir en la respuesta a cuatro problemas estructurales: i). Resultados en salud deficientes e inequitativos; ii). Oferta de servicios de salud fragmentada, segmentada y con grave deterioro de la infraestructura pública en salud; iii). personal de salud con distribución inequitativa y desigual y condiciones laborales precarias y iv). Persistencia de un esquema de financiamiento que prioriza la rentabilidad financiera sobre la rentabilidad social generando fragmentación y segmentación y crisis de confianza.
2. El Modelo de Salud Preventivo y Predictivo se orienta a hacer efectiva la Atención Primaria en Salud en el país como estrategia para la garantía del derecho fundamental a la salud de toda la población.
3. El Modelo de Salud Preventivo y Predictivo establece el fortalecimiento de las capacidades locales y en salud pública sobre la base de un ordenamiento territorial, que permita la ejecución de las acciones y recursos de los diferentes sectores y actores en un ejercicio de transectorialidad para afectar positivamente los determinantes sociales de la salud y garantizar la atención en salud superando barreras de acceso sociales, geográficas, económicas, culturales, asistenciales y administrativas.
4. El Modelo de Salud Preventivo y Predictivo integra como principios la interculturalidad, la igualdad, la no discriminación y la dignidad e implementa las estrategias de salud familiar y comunitaria, participación social, perspectiva de cuidado y transectorialidad. El Modelo de Salud Preventivo y Predictivo da cumplimiento a lo establecido en las bases del Plan Nacional de Desarrollo 2022 - 2026 "Colombia, potencia mundial de la vida", que hacen parte integral de la Ley 2294 de 2023. El Modelo de Salud Preventivo y Predictivo se encuentra armonizado al Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, alineando sus componentes a los ejes estratégicos, resultados esperados, estrategias y metas del PDSP.
5. El Modelo de Salud Preventivo y Predictivo brinda un marco estratégico para la planeación integral en salud y se operativiza en los territorios a través de la construcción colectiva de respuestas a las necesidades sociales de la salud con participación social y coordinación intersectorial.
6. El Modelo de Salud reconoce la calidad en salud y sus dimensiones (efectividad, eficiencia, seguridad, atención centrada en las personas, familias y comunidades, equidad, acceso, integración y sostenibilidad) como un eje transversal para la garantía del derecho fundamental a la salud.
7. En el Modelo de Salud Preventivo y Predictivo, el personal de salud organizado en equipos interdisciplinarios que desarrollen acciones universales, territorializadas, sistemáticas, permanentes y participativas, se constituye en la base para la gestión territorial del cuidado de la salud, el reconocimiento de las condiciones de salud de las personas, familias y comunidades y las transformaciones sociales en salud.

\* (Grupo de Trabajo CLACSO, Salud internacional y soberanía sanitaria. 2021; Gómez-Arias R. 2022)



### 3.2 EJES ESTRATÉGICOS DEL PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA.

Eje 1. Gobernabilidad y gobernanza de la Salud Pública

Eje 2. Pueblos y comunidades étnicas y campesinas, mujeres, sectores LGBTIQ+ y otras poblaciones por condición y/o situación.

Eje 3. Determinantes sociales de la salud

Eje 4. Atención Primaria en Salud

Eje 5. Cambio climático, emergencias, desastres y pandemias

Eje 6. Conocimiento en Salud Pública y soberanía sanitaria

Eje 7. Personal de salud

#### 3.2.1 OBJETIVOS POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP.

EJE PDSP 2022-2031	OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO
Eje 1. Gobernabilidad y gobernanza de la Salud Pública	Desarrollar capacidades y liderazgo para la cogestión, coadministración y cogobierno en un diálogo armónico con las formas organizativas de los pueblos y comunidades, organizaciones ciudadanas, sociales y comunitarias, a través del liderazgo y la generación de alianzas, acciones conjuntas, articuladas e liderazgo y la generación de alianzas, acciones conjuntas, articuladas e integradas para el logro de resultados en salud, según la naturaleza de los problemas y las circunstancias sociales del territorio.
Eje 2. Pueblos y comunidades étnicas y campesinas, mujeres, sectores LGBTIQ+ y otras poblaciones por condición y/o situación.	Contar con elementos para la acción que le permita aproximarse a las condiciones de vida y salud de las diferentes poblaciones de acuerdo con sus particularidades y necesidades, mediante el respeto a la integridad y la participación social, y como garante en la construcción conjunta de intervenciones desde el dialogo horizontal y respetuoso de sus saberes, prácticas y creencias

Eje 3. Determinantes sociales de la salud	Transformar las circunstancias injustas relacionadas con peores resultados de salud de la población, mediante la definición de acciones de carácter inter y transectorial en los planes de desarrollo territorial, con el fin de avanzar en la reducción de brechas sociosanitarias.
Eje 4. Atención Primaria en Salud	Desarrollar acciones sectoriales e intersectoriales dirigidas a promover la salud, prevenir la enfermedad y recuperar la salud de la población, en escenarios como ciudades, espacios periurbanos, rurales, territorios indígenas y otros entornos donde las personas y colectivos desarrollan la vida cotidiana, aportando a la garantía del derecho fundamental a la salud.
Eje 5. Cambio climático, emergencias, desastres y pandemias	Reducir los impactos de las emergencias, desastres y el cambio climático en la salud humana y ambiental, a través de la gestión integral del riesgo (como un proceso que propende por la seguridad sanitaria, el bienestar y la calidad de vida de las personas), por medio de la formulación, ejecución, seguimiento y evaluación de políticas, planes, programas y proyectos; y fortaleciendo la detección, atención y los mecanismos de disponibilidad y acceso de las tecnologías, y servicios en salud necesarias para dar respuesta efectiva a un nuevo evento pandémico.
Eje 6. Conocimiento en Salud Pública y soberanía sanitaria	Establecer la soberanía sanitaria y la construcción colectiva de conocimiento en salud como una prioridad en la agenda pública que permita avanzar en la investigación, desarrollo, innovación y producción local de Tecnologías estratégicas en salud y el fortalecimiento de las capacidades en salud a nivel nacional y territorial.

Eje 7. Personal de salud	Crear y desarrollar mecanismos para mejorar la distribución, disponibilidad, formación, educación continua, así como, las condiciones de empleo y trabajo digno y decente del personal de salud.
--------------------------	--

### 3.2.2 RESULTADOS ESPERADOS POR EJE ESTRATÉGICO DEL PDSP.

EJE PDSP 2022-2031	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE PDSP 2022-2031
Eje 1. Gobernabilidad y gobernanza de la Salud Pública	Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales con mecanismos fortalecidos para el ejercicio de la Rectoría en Salud.
	Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales fortalecidas como autoridad sanitaria local para la Gobernanza en Salud Pública.
	Pueblos y comunidades étnicas y campesinas, mujeres, sectores LGBTIQ+ y otras poblaciones por condición y/o situación que participan e inciden de manera efectiva en la formulación, implementación, monitoreo y evaluación de políticas, planes, programas y estrategias para la garantía del derecho fundamental a la salud.

<p>Eje 2. Pueblos y comunidades étnicas y campesinas, mujeres, sectores LGBTIQ+ y otras poblaciones por condición y/o situación.</p>	<p>Políticas, planes, programas y estrategias en salud con transversalización de los enfoques de pueblos y comunidades, género y diferencial e integración de los sistemas de conocimiento propio y saberes de los pueblos y comunidades étnicas y campesinas.</p>
	<p>Gobiernos departamentales, distritales y municipales que lideran el desarrollo de estrategias para el reconocimiento de contextos de inequidad social, étnica y de género y la generación de respuestas Intersectoriales y transectoriales.</p>
	<p>Espacios e instancias intersectoriales que incluyen en sus planes de acción la transversalización de los enfoques de pueblos y comunidades, género y diferencial e integran los sistemas de conocimiento propio de los pueblos y comunidades étnicas y campesinas.</p>
	<p>Prácticas, saberes y conocimientos para la salud pública reconocidos y fortalecidos para Pueblos y comunidades étnicas, mujeres, población campesina, LBGTIQ+ y otras poblaciones por condición y/o situación.</p>
<p>Eje 3. Determinantes sociales de la salud</p>	<p>Entorno económico favorable para la salud</p>
	<p>Transformación cultural, movilización y organización social y popular por la vida, salud y la equidad en salud.</p>
	<p>Territorios saludables articulados y trabajando por la paz, la convivencia pacífica y la resiliencia.</p>
	<p>Integración del cuidado del ambiente y la salud en el marco de la adaptación al cambio climático.</p>
<p>Eje 4. Atención Primaria en Salud</p>	<p>Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales que conforman territorios de salud de acuerdo con las particularidades geográficas, socioculturales, político administrativas y ambientales donde se produce el proceso de salud.</p>

	<p>Entidades Territoriales Departamentales, Distritales que organizan la prestación de servicios de salud en redes integrales e integradas territoriales bajo un modelo de salud predictivo, preventivo y resolutivo fundamentado en la Atención Primaria en Salud — APS con criterios de subsidiaridad y complementariedad,</p>
	<p>Agentes del sistema de salud que garantizan el acceso de la población con criterios de longitudinalidad, continuidad, puerta de entrada, enfoques familiar y comunitario con acciones, universales, sistemáticas, permanentes y participativas bajo un enfoque familiar y comunitario fundamentado en la Atención Primaria en Salud - APS.</p>
	<p>Nivel primario de atención con equipos de salud territoriales y centros de atención primaria en salud fortalecidos en su infraestructura, insumos, dotación y personal de salud como puerta de entrada y primer contacto con el Sistema de Salud, para dar respuesta a las necesidades en salud de la población de su territorio,</p>
	<p>Instituciones de salud públicas de mediana y alta complejidad fortalecidas en infraestructura, insumos, dotación, equipos y personal de salud para resolver de manera efectiva y con calidad las necesidades en salud que requieren atención especializada a través de un trabajo coordinado en redes integrales e integradas territoriales de salud.</p>
<p>Eje 5. Cambio climático, emergencias, desastres y pandemias</p>	<p>Políticas en salud pública para contribuir a la mitigación y adaptación al cambio climático.</p>
	<p>Nivel Nacional y entes territoriales preparados y fortalecidos para la gestión del conocimiento, prevención, y atención sectorial e intersectorial de emergencias, desastres y pandemias.</p>
	<p>Conocimiento producido y difundido y capacidades fortalecidas para prevenir y atender el impacto del cambio climático en la salud pública,</p>

Eje 6. Conocimiento en Salud Pública y soberanía sanitaria	Decisiones en salud pública basadas en información, investigación y el máximo desarrollo del conocimiento científico lo que incluye reconocer la cosmovisión y los saberes propios los pueblos y comunidades
	Capacidades fortalecidas para la gestión del conocimiento en salud pública
	Soberanía sanitaria fortalecida con tecnologías estratégicas en salud-TES.
Eje 7. Personal de salud	Capacidades consolidadas para la gestión territorial de la salud pública
	Talento Humano en Salud formado para la gestión integral de la salud pública
	Sabedores ancestrales y personal de salud propio, reconocidos y articulados a los procesos de la gestión de la salud pública en los territorios,

### 3.3 PROBLEMAS Y NECESIDADES SOCIALES EN SALUD PRIORIZADOS EN EL TERRITORIO.

### PRIORIZACION DE PROBLEMAS Y NECESIDADES EN SALUD

1. Descripción del problema o núcleo inequidad	2. Priorización en salud	
<b>Deficiencia en el acceso y cobertura de salud para la población migrante venezolana:</b> Condición de Irregularidad de la población migrante venezolana Limitaciones normativas Desinterés de la población migrante de regularizarse y/o afiliarse al SGSSS No contar con bases de datos nominales para los PTT, afiliados en otros territorios para hacer cruces de información Sensibilización en humanización de la atención en salud en actividades de inducción y reintroducción	Magnitud	Alto
	Pertinencia	Alto
	Trascendencia	Muy Alto
	Factibilidad de la intervención	Muy Alto
	Viabilidad de la intervención	Muy Alto
	<b>Fallas en el abordaje Integral para la atención materno-perinatal:</b> Deficiente calidad en la atención en la salud (THS) Débil gobernanza (autoridad sanitaria) Deficiente gestión del riesgo- EAPB, (gestante-seguimiento, identificación de usuarios en edad fértil) Fragmentación- Desarticulación interinstitucional y otros actores comunitarios Débiles redes de apoyo comunitario Falta de adherencia a guías médicas, protocolo, ruta de atención materno perinatal	Magnitud
Pertinencia		Alto
Trascendencia		Muy Alto
Factibilidad de la intervención		Muy Alto
Viabilidad de la intervención		Muy Alto
<b>Deficiencia en el manejo integral en los factores de riesgo de salud mental, que incluyan prevención, detección temprana y tratamiento de los trastornos por curso de vida</b> Limitación en el acceso a los servicios de salud Falta de atención especializada en la población infantil y adolescente que permita intervención durante las etapas críticas de su desarrollo Falta de coordinación sectorial e intersectorial que motiven la inclusión diferencial y de género Deficiencia en estrategias integrales que incluyan participación social, comunitaria e institucional. Fallas en la atención por curso de vida Deficiencia en el fortalecimiento de intervenciones y estrategias para la prevención de sustancias psicoactivas. Poca frecuencia en las actividades de actualización del recurso humano en salud Falta de intervenciones oportunas para abordar las causas multifactoriales del suicidio <b>Deficiencia en la detección temprana de signos y síntomas que afectan el comportamiento en la salud mental de la</b>		Magnitud
	Pertinencia	Muy Alto
	Trascendencia	Muy Alto
	Factibilidad de la intervención	Muy Alto
	Viabilidad de la intervención	Muy Alto
	<b>Deficiencia en la intervención, prevención y el control de las Enfermedades No Transmisibles</b> Poca continuidad y participación en estrategias de prevención y control Falta de articulación de los sectores para campañas masivas de detección temprana y tratamiento oportuno Ausencia de equidad en los servicios de salud Deficiencia en el manejo integral de las enfermedades crónicas no transmisibles Deficiencia en la participación comunitaria y social en actividades y toma de decisiones Poco compromiso de los actores en las articulaciones sectoriales e intersectoriales Deficiencia en las actividades de supervisión interna y extrañas de las instituciones prestadoras de servicios de salud Falta de capacitación del personal sanitario	Magnitud
Pertinencia		Muy Alto
Trascendencia		Muy Alto
Factibilidad de la intervención		Muy Alto
Viabilidad de la intervención		Muy Alto
<b>Falta de atención con enfoque diferencial y manejo integral a poblaciones vulnerables en los servicios de salud.</b> Falta de identificación de necesidades específicas de cada grupo diferencial Deficiencia de la cooperación y sinergia de los actores en salud Deficiencia en el acceso a programas integrales que permitan promover la inclusión socioeconómica e integración social Fallas en el cumplimiento de la política pública de poblaciones vulnerables Inconsistencias en el seguimiento y control a las instituciones prestadoras de servicios de salud. Deficiencias en la preparación del personal sanitario Limitación en el acceso a los servicios de salud Carencia en la inclusión de los principios de igualdad de género, diversidad y empoderamiento comunitario.		Magnitud
	Pertinencia	Alto
	Trascendencia	Alto
	Factibilidad de la intervención	Alto
	Viabilidad de la intervención	Muy Alto
	<b>Brechas de atención en la salud que incrementan la mortalidad infantil:</b> Falta de adherencia a guías médicas, protocolo, por parte del personal asistencia Falta de acceso a los servicios de atención con calidad que dificulte la detección temprana y tratamiento oportuno de enfermedades en los niños que pueden llevar a la mortalidad Falta de garantía de seguimiento en programas de gestión del riesgo programas de prevención y mantenimiento de la salud Falta de un buen equipamiento y una infraestructura de las salas ERA Adaptación e implementación de AIEPI clínico por el personal asistencial Falta de calidad en la atención, puede llevar a una falta de participación y satisfacción de los usuarios, falta de ética.	Magnitud
Pertinencia		Alto
Trascendencia		Muy Alto
Factibilidad de la intervención		Muy Alto
Viabilidad de la intervención		Muy Alto
<b>Incremento de riesgos laborales en la población trabajadora de la economía popular y comunitaria: Falta de control en</b>		Magnitud
	Pertinencia	Medio
	Trascendencia	Medio
	Factibilidad de la intervención	Medio
	Viabilidad de la intervención	Medio
	<b>Necesidad de fortalecer estrategias integrales de RCC en Salud en instituciones Educativas.</b> Falta de espacios de participación y diálogo entre padres, estudiantes, docentes, autoridades educativas para identificación de problemas de salud con un enfoque integral. Falta de educación en prevención de consumo de sustancias psicoactivas, embarazo en adolescente enfermedades transmisibles y no transmisibles, promoción de hábitos saludables, intento de suicidio. Falta de Iniciativas educativas que promuevan la nutrición adecuada y la importancia de dietas equilibradas pueden contribuir a mejorar la salud de la población. Falta de garantía por las instituciones educativas con personas con discapacidad,	Magnitud
Pertinencia		Alto
Trascendencia		Alto
Factibilidad de la intervención		Medio
Viabilidad de la intervención		Medio
<b>Riesgos para la salud asociados a un clima cambiante:</b> Contaminación que afecta la calidad del aire y el agua, - Aumento de enfermedades transmitidas por vectores.- Aumento de infec Falta de tecnológico en el tiempo real, lo cual no permite tomar decisiones oportunas respiratorias. Aumento de enfermedades transmitidas por vectores Aumento de infecciones respiratorias		Magnitud
	Pertinencia	Medio
	Trascendencia	Alto
	Factibilidad de la intervención	Alto
	Viabilidad de la intervención	Alto
	<b>Deficiencia al acceso integral a los servicios de salud sexual y reproductiva:</b> Sexualidad a edad temprana- Facturas en los núcleos familiares Violencia de género - abuso sexual Deficiencia en la educación sexual y reproductiva desde los niveles básicos de educación, dejando de verlo como un tabú y entendiéndolo como un punto importante y necesario en la salud general del ser humano. Deficiente acceso a métodos anticonceptivos y servicios de salud reproductiva para los jóvenes. Explotación sexual Dificultades en la comunicación y relación entre profesionales de la salud y los pacientes, afectando la calidad de la	Magnitud
Pertinencia		
Trascendencia		
Factibilidad de la intervención		
Viabilidad de la intervención		

TRANSFORMACION ESPERADA

1. Descripción del problema o núcleo inequidad	3. Propuesta de respuestas y recomendaciones
<p><b>Fallas en el abordaje Integral para la atención materno-perinatal:</b>                      Deficiente calidad en la atención en la salud (THS)                      Débil gobernanza (autoridad sanitaria)                      Deficiente gestión del riesgo- EAPB, (gestante-seguimiento, identificación de usuarios en edad fértil)                      Fragmentación- Desarticulación interinstitucional y otros actores comunitarios                      Débiles redes de apoyo comunitario                      Falta de adherencia a guías médicas, protocolo, ruta de atención materno perinatal</p>	<p>*Creacion y cumplimiento de la rutas de atencion neonatal. *intervencion en estilos de vidas saludables y prevencion de enfermedades cronicas no transmisibles en primera infancia, infancia y adolescencia, incluyendo la poblacion materna adoslescente. (se intervienen todos los cursos de vida) *Fortalecer la implementacion de las rutas a nivel de las IPS</p> <p>Socializaion de rutas y actualizacion constante al talento humano que atiene la poblacion neonatal. *Seguimiento a la implementaciòn y cumplimiento de la politica publica de ambientes escolares saludables. *Fortalecer Auditorías de calidad y auditorias concurrentes desde prstacion de servicios .</p> <p>*Adopciòn de la estrategia (pròximamente modelo de gestiòn) CERSS. (entornos saludable, estretagia 4x4) *Seguimiento a indicadores de resultados a las EAPB y tablero de problemas producto de las unidad de analisis de casos morbimortalidad maternoperinatal. *</p> <p>*El Ente Territorial establecerà normas regulatorias que permitan incluir campañas de educaciòn e informaciòn en salud sobre promociòn de estilos de vida saludable y control de enfermedades no transmisibles dentro de las EAPB e IPS para su talento humano y sus usuarios. *Fortalecer redes de apoyo comunitario para promover entornos maternoinfantil saludables</p>



	<p>Aprovechar los espacios intersectoriales para crear políticas públicas Distritales y/o actos administrativos que vayan encaminados controlar las condiciones no transmisibles y mejorar la calidad de vida de la población. *Seguimiento a operatividad y efectividad de los comités de calidad de historias clínicas a IPS que atienden población materno-infantil para evaluación de adherencia, pertinencia y diligenciamiento (correcto uso del comité)</p>
<p><b>Deficiencia en el manejo integral en los factores de riesgo de salud mental, que incluyan prevención, detección temprana y tratamiento de los trastornos por curso de vida</b> Limitación en el acceso a los servicios de salud Falta de atención especializada en la población infantil y adolescente que permita intervención durante las etapas críticas de su desarrollo Falta de coordinación sectorial e intersectorial que motiven la inclusión diferencial y de género Deficiencia en estrategias integrales que incluyan participación social, comunitaria e institucional. Fallas en la atención por curso de vida Deficiencia en el fortalecimiento de intervenciones y estrategias para la prevención de sustancias psicoactivas. Poca frecuencia en las actividades de actualización del recurso humano en salud Falta de intervenciones oportunas para abordar las causas multifactoriales del suicidio Deficiencia en la detección temprana de signos y síntomas que afectan el comportamiento en la salud mental de la población Limitación en el acceso a servicios integrales de salud</p>	<p>Aumento del acceso a la oferta institucional para la promoción de habilidades de vida, involucramiento parental en el entorno familiar y comunitario, habilidades para el trabajo, entornos protectores, redes de apoyo y servicios para la detección oportuna de trastornos asociados a la salud mental. *Fortalecer la implementación de las rutas a nivel de las IPS</p> <p>Mejora de la respuesta multisectorial e interinstitucional para la atención integral y de casos de violencia intrafamiliar, alteraciones en salud mental, VBG y la gestión del riesgo en salud mental a poblaciones vulnerables y a la ciudadanía en general. *Establecer mecanismos de inspección, vigilancia y control ante las deficiencias en la implementación</p> <p>Aumento de la formación y sensibilización de profesionales de salud para reducir la estigmatización en la atención en salud mental</p> <p>Aumento del uso de las TIC'S como herramientas estratégicas para la optimización en la prestación de servicios a usuarios de salud mental</p> <p>Aumento de la oferta de salud mental destinado a entornos educativos y espacios de rehabilitación</p>

<p><b>Deficiencia en la intervención, prevención y el control de las Enfermedades No Transmisibles</b></p> <p>Poca continuidad y participación en estrategias de prevención y control</p> <p>Falta de articulación de los sectores para campañas masivas de detección temprana y tratamiento oportuno</p> <p>Ausencia de equidad en los servicios de salud</p> <p>Deficiencia en el manejo integral de las enfermedades crónicas no transmisibles</p> <p>Deficiencia en la participación comunitaria y social en actividades y toma de decisiones</p> <p>Poco compromiso de los actores en las articulaciones sectoriales e intersectoriales</p> <p>Deficiencia en las actividades de supervisión interna y extrañas de las instituciones prestadoras de servicios de salud</p> <p>Falta de capacitación del personal sanitario</p>	<p>* intervención en estilos de vidas saludables y prevención de enfermedades crónicas no transmisibles en primera infancia, infancia y adolescencia, incluyendo la población materna adolescente. (se intervienen todos los cursos de vida) *Vincular nuevas estrategias para la valoración integral en el entorno hogar y comunitario concertadas con las comunidades y familias en respuesta a la no asistencia a los programas,</p> <p>Seguimiento a la implementación y cumplimiento de la política pública de ambientes escolares saludables. *Implementar equipos básicos en salud</p> <p>Adopción de la estrategia (próximamente modelo de gestión) CERSS. (entornos saludable, estrategia 4x4)</p> <p>El Ente Territorial establecerá normas regulatorias que permitan incluir campañas de educación e información en salud sobre promoción de estilos de vida saludable y control de enfermedades no transmisibles dentro de las EAPB e IPS para su talento humano y sus usuarios.</p> <p>Aprovechar los espacios intersectoriales para crear políticas públicas Distritales y/o actos administrativos que vayan encaminados a controlar las condiciones no transmisibles y mejorar la calidad de vida de la población.</p>
<p><b>Falta de atención con enfoque diferencial y manejo integral a poblaciones vulnerables en los servicios de salud.</b></p> <p>Falta de identificación de necesidades específicas de cada grupo diferencial</p> <p>Deficiencia de la cooperación y sinergia de los actores en salud</p> <p>Deficiencia en el acceso a programas integrales que permitan promover la inclusión socioeconómica e integración social</p> <p>Fallas en el cumplimiento de la política pública de poblaciones vulnerables</p> <p>Inconsistencias en el seguimiento y control a las instituciones prestadoras de servicios de salud.</p> <p>Deficiencias en la preparación del personal sanitario</p> <p>Limitación en el acceso a los servicios de salud</p> <p>Carencia en la inclusión de los principios de igualdad de género, diversidad y empoderamiento comunitario.</p>	<p>Cumplimiento de las EPS a caracterización de población e identificación e intervención de la población en condición de discapacidad física y neurodesarrollo. *Implementar procesos de participación social para la adecuación sociocultural de la atención en salud *</p> <p>Coordinación y trabajo articulado con entidades que gestionan y previenen la condición de trabajo infantil y niños en condición de calle. *Hacer una identificación en los sistemas de información de la población diferencial</p> <p>Fortalecer la integración de los sistemas de información en lo referente a poblaciones vulnerables</p>

<p><b>Aumento en la mortalidad infantil, niños y niñas con deficiente atención integral en salud y deficientes entornos protectores.</b></p> <p>Problemas en afiliación de niños y niñas por no identificación oportuna para el acceso a los servicios de salud</p> <p>No garantía de integralidad en las atenciones de la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud, no adherencia a guías y protocolos</p> <p>Dificultad en la detección temprana y tratamiento oportuno de enfermedades en los niños que pueden llevar a la mortalidad .</p> <p>Deficiente seguimiento en programas de gestión del riesgo programas de prevención y mantenimiento de la salud</p> <p>Salas ERA con deficiente equipamiento e una infraestructura</p> <p>Adaptación e implementación de AIEPI clínico por el personal asistencial</p> <p>Esquemas incompletos de vacunación.</p> <p>Insatisfacción de los usuarios por barreras de acceso al servicio, por inoportunidad en la atención.</p> <p>Poca respuesta a demanda inducida por parte de padres y cuidadores</p> <p>No disponibilidad de agua potable en área rural insular y continental, e invasiones en área urbana.</p> <p>Aumento de la mortalidad infantil niños y niñas sin acceso a la atenciones promocionales de la salud, 11.Poca duración en la práctica de la lactancia materna exclusiva e introducción temprana de alimentación complementaria por desconocimiento de las ventajas de la lactancia, malos hábitos alimentarios de madres, padres o cuidadores.</p> <p>No adaptabilidad de la prestación de servicios a la RPMS considerando la atención diferencial---Integralidad de la atención mediante procesos de referencia y contrarreferencia no solo limitado a la atención de urgencias---Estrategias diferenciales de gestión del Riesgo en salud acordes a al ASIS y a la caracterización de la Población por parte del asegurador-----</p> <p>Articulación Intersectorial que permita consolidar y fortalecer redes de cuidado.</p> <p>Fortalecer la gobernanza y rectoría en salud de la entidad territorial para el cumplimiento de las competencias intersectoriales y la garantía de la atención en salud de niños y niñas</p>	<p>Fortalecer la gobernanza y rectoría en salud de la entidad territorial para el cumplimiento de las competencias intersectoriales y la garantía de la atención en salud de niños y niñas. fortalecer infraestructura de salas ERA , Plan de implementación y/o choque de salas ERA /EDA con actas de compromiso de las IPS/EAPB.</p> <p>Recién nacido con Registro civil garantizado al egreso de la IPS de atención del parto mediante la articulación con registraduría e IPS.</p> <p>IPS con espacio para la atención de registro civil y talento humano para el servicio;</p> <p>entidad territorial con seguimiento a planes de mejora por incumplimiento a corto plazo.</p> <p>Realizar Seguimiento a la adherencia de guías y protocolos, Establecer planes de mejoramientos a corto plazo a entidades que no estén adheridas a la ruta, guías y protocolos de ministerio.</p> <p>Talento humano cualificado y con capacidad técnica para la implementación y seguimiento de las intervenciones de la ruta de promoción y mantenimiento de la salud, Ruta integral de atención en salud de las alteraciones nutricionales, mediante la ejecución de plan de inducción y reinducción en rutas integrales; exigencia de certificados de formación en rutas integrales y formación complementaria al recuso contratado para la prestación de servicios de salud y evaluación de la implementación de la ruta basado en los resultados de indicadores.</p> <p>Hacer seguimiento a adaptación e implementación de estrategias como AIEPI y otras para la población infantil Articular con entes competentes para el seguimiento sanciones a las entidades que repetitivamente incumplen y colocan en riesgo la salud infantil.</p>

	<p>Padres, madres, cuidadores y los actores de los diferentes entornos en que el niño permanece, con competencia en identificación oportuna del riesgo en salud y atención integral en primera infancia e infancia (prácticas alimentarias adecuadas, lactancia materna, vacunación). Redes de apoyo con trabajo articulado, permanente y sistemático fortalecidas en favor del cuidado de la gestante y la población infantil. Entornos escolares con ambientes alimentarios saludables Niños y niñas de la primera infancia de las IE con prácticas alimentarias saludables Utilidad del 95% o más en las coberturas de vacunación en la población objeto PAI, mediante el seguimiento a coberturas de actores de acuerdo a las competencias; desarrollo de capacidades en los actores en el cumplimiento de los lineamientos del PAI.</p>
<p><b>Incremento de riesgos laborales en la población trabajadora de la economía popular y comunitaria: Falta de control en el ambiente laboral. (ENTORNOS LABORALES DE LA ECONOMIA POPULAR Y COMUNITARIA CON DEFICIENCIA DE CONDICIONES SEGURAS Y SALUDABLES POR AUSENCIA DE MEDIDAS DE PROMOCION DE LA SALUD, PREVENCION DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES DE ORIGEN LABORAL ASOCIADO A DESCONOCIMIENTO Y BAJA PERCEPCION DE LOS RIESGOS POR PARTE DE LOS TRABAJADORES)</b> <b>Baja cobertura de afiliación integral al sistema general de seguridad social. Desconocimiento sobre</b></p>	<p>Realizar una caracterización de la economía popular y comunitaria y definir estrategias de intervención de acuerdo a los resultados de la caracterización 1, Desarrollar intervenciones de educación para la salud e información en salud y procesos de articulación para promover la afiliación al sistema general de seguridad social integral. Conformación y fortalecimiento de las instancias organizativas de la población de la economía popular y comunitaria.</p>

<p>riesgos de origen laboral y medidas preventivas.  <b>Debilidad en el sistema de informacion para el reporte de accidentes y enfermedades laborales de la economia popular y comunitaria.</b>  <b>Ausencia de caracterizacion de la poblacion de la economia popular y comunitaria.</b> <b>Debil</b>  <b>seguimiento y acompañamiento de las ARL a las empresas Pymes.</b> <b>Desarticulacion de</b>  <b>los diversos actores y sectores para la atencion de las necesidades de la economia popular y comunitaria.</b>  <b>Ausencia en la aplicación de hábitos, condiciones y estilos de vida saludable en el ambito laboral.</b>  <b>Falta de medidas de protección y prevención en lugares de trabajo de la economía popular y comunitaria.</b>  <b>Deficiencia en la articulación intersectorial para manejo integral</b>  <b>Incremento de nuevas actividades económicas populares e informales</b>  <b>Falta de protección social, Los trabajadores informales a menudo carecen de cobertura de salud y seguridad ocupacional, lo que los deja desprotegidos ante enfermedades y accidentes laborales.</b>  <b>Nutrición de baja calidad, la falta de acceso a una alimentación adecuada puede debilitar la salud de los trabajadores informales.</b>  <b>Falta de acceso a agua potable y servicios sanitarios, la carencia de servicios básicos de agua y saneamiento aumenta los riesgos para la salud.</b>  <b>Deficiencia en las estrategias de información masiva y comunitaria al momento de realizar actividades relacionadas con la prevención de riesgos laborales</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Establecer mayor numero de intervenciones de educacion para la salud e informacion en salud sobre riesgo de origen laboral y medidas proteccion y preventivas a la poblacion trabajadora de la economia popular y comunitaria.</li> <li>3. Realizar un proceso de articulacion con las eapb e ips de primer nivel con el proposito de establecer estrategias que permitan reconocer en la atencion en salud la poblacion trabajadora de la economia popular que asisten a consulta por accidentes de origen laboral.</li> <li>4. Caracterizacion de toda la poblacion del distrito de cartagena que ejerce la economia popular y comunitaria.</li> <li>5. Realizar asistencia tecnica y desarrollo de capacidades a las ARL para promover el acompañamiento y seguimiento a las empresa Pymes.</li> <li>6. Inplementar procesos de coordinacion intersectorial con actores y sectores, publicos, privados y comunitarios para el analisis y abordaje y necesidades de la economia popular y comunitaria del distrito.</li> <li>7. Realizar intervenciones de educacion para la salud e informacion en salud sobre, hábitos, condiciones y estilos de vida saludables a la poblacion trabajadora de la economia popular y comunitaria.</li> <li>8. Realizar intervenciones de educacion para la salud e informacion en salud sobre, hábitos, condiciones y estilos de vida saludables a la poblacion trabajadora de la economia popular y comunitaria.</li> </ol>
<p><b>Deficiencia al acceso integral a lo servicios de salud sexual y reproductiva:</b>  Sexualidad a edad temprana- Facturas en los núcleos familiares  Violencia de género - abuso sexual  Deficiencia en la educación sexual y reproductiva desde los niveles básicos de educación, dejando de verlo como un tabú y entendiéndolo como un punto importante y necesario en la salud general del ser humano.  Deficiente acceso a métodos anticonceptivos y servicios de salud reproductiva para los jóvenes.  Explotación sexual</p>	<p>Fortalecer programas de educación sexual dirigida a padres, cuidadores, docentes.</p> <p>Trabajar sobre mitos y creencias de la sexualidad desde edades tempranas</p>

<p>Dificultades en la comunicación y relación entre profesionales de la salud y los pacientes, afectando la calidad de la atención y el proceso de cuidado.</p>	<p>Fortalecer capacidades para abordaje de temas de salud mental y educación sexual en la comunidad educativa</p>
<p><b>Deficiencia en la intervención, prevención y control de enfermedades transmisibles:</b>  Falta de saneamiento, infraestructura básica  Falta de concientización de la población sobre la importancia de la prevención y el control de enfermedades transmisibles y falta de educación sanitaria.  Propagación de enfermedades transmisibles, aumento de la carga de morbilidad y mortalidad relacionadas con ella  Deficiencia de agua potable y alcantarillado en zona insular.</p>	<p>Realizar educación en salud a la población priorizando mayores deficiencia de saneamiento básico</p> <p>Articulación intersectorial para dar solución al saneamiento básico en áreas de mayor déficit. *Estructurar y adoptar un equipo funcional interinstitucional para el abordaje de enfermedades transmisibles (ETV-Zoonosis_TB y Lepra)</p> <p>Fortalecer los recursos necesarios para las intervenciones de promoción, prevención, control y mitigación para el abordaje de las enfermedades transmisibles. *Fortalecer los recursos necesarios para las intervenciones de promoción, prevención, control y mitigación de las enfermedades transmisibles (ETV-Zoonosis_TB y Lepra)</p> <p>Aumentar las coberturas de saneamiento básico y mejorar la calidad de los servicios</p> <p>Coordinar intersectorialmente acciones conjuntas para control integral de las enfermedades transmisibles (ETV-Zoonosis_TB y Lepra). *Fortalecimiento de laboratorio de salud pública en ETV, Zoonosis, Lepra y Tuberculosis* Realizar caracterizaciones ambientales de los riesgos biológicos de ETV, Zoonosis, Lepra y Tuberculosis</p>
<p><b>Aumento enfermedades relacionadas con la salud ambiental, la variabilidad del cambio climático y los productos de uso y consumo humano.</b>  Deficiencia en el acceso a agua potable en zonas rural (insular y continental) e invasiones en área urbana.  Deficiencias en la cobertura y en prestación del servicio de acueducto y alcantarillado en zonas rural (insular y continental) e invasiones en área urbana.</p>	<p>Aumento en la cobertura y prestación de servicio de agua potable y alcantarillado en zonas rural (insular y continental) e invasiones en área urbana.  Fortalecer la vigilancia de la calidad del agua para consumo humano, urbano y rural, Inspección, vigilancia y control sanitario relacionados con la salud ambiental</p>

<p>Mal manejo y disposición final de residuos solidos y liquidos.  Contaminación de cuerpos de agua.  Deficiencia en la continuidad en actividades de educación que incluyan participación social y comunitaria, masiva.  falta de conciencia ciudadana frente a las acciones de prevención y cuidado del ambiente, consumo excesivo de energía y combustibles fósiles que genera emisión de gases de efecto invernadero.  Contaminación que afecta la calidad del aire  Falta de herramientas y equipos tecnológicos que permitan la identificación de Alertas tempranas relacionadas con la variabilidad del cambio climatico y contaminación ambiental.  Incumplimiento de normas sanitarias en establecimientos de productos de uso y consumo humano.  Surgimiento de nuevos peligros ambientales relacionados con el cambio climatico que generan desastres naturales y afectan la salud y bienestar.  La Deforestación  Insuficiente personal humano idoneo que realice las intervenciones de promoción, prevención, inspección, vigilancia y control relacionadas con la salud ambiental, el cambio climatico y los productos de uso y consumo humano.  No adherencia a la aplicación de protocolos y rutas integrales de</p>	<p>Desarrollar estrategias de Información, Educación y Comunicación para mejorar conductas sobre manejo del agua, saneamiento basico, entornos saludables, seguridad quimica, calidad del aire, ruido, variabilidad en el cambio climatico y movilidad saludable, segura y sostenible.  Realizar estrategias de intervención para la descontaminación de cuerpos de agua.  Fortalecer estrategias comunitarias que favorezcan la conciencia ciudadana frente a las acciones de prevención y cuidado del ambiente, consumo excesivo de energía y combustibles fósiles que genera emisión de gases de efecto invernadero.  Garantizar el cumplimiento en la normatividad relacionada con la calidad del aire  Adquisición de herramientas y equipos tecnológicos que permitan la identificación de Alertas tempranas relacionadas con la variabilidad del cambio climatico y contaminación ambiental.  Fortalecer las acciones de inspección,</p>
--	---

atención en salud ante eventos de salud Pública de Importancia internacional ESPII.

vigilancia y control con enfoque de riesgo en materia de medicamentos, alimentos y otros productos de uso y consumo objeto de vigilancia, que tienen impacto en la salud individual y colectiva .

Implementación de las Acciones de Gestión Integral del Riesgo para la respuesta en salud frente a los nuevos peligros ambientales relacionados con el cambio climático que generan desastres naturales y afectan la salud y bienestar.

Aumento del personal humano idóneo que realice las intervenciones de promoción, prevención, inspección, vigilancia y control relacionadas con la salud ambiental, el cambio climático y los productos de uso y consumo humano.

Fortalecer la vigilancia Institucional para la adherencia a la aplicación de protocolos y rutas integrales de atención en salud ante eventos de salud Pública de Importancia internacional ESPII.

Articulación intersectorial e interinstitucional para el abordaje conjunto de acciones encaminadas al cumplimiento de la normatividad y mitigar el efecto generados por las enfermedades relacionadas con la salud ambiental, la variabilidad del cambio climático y los productos de uso y consumo humano.

Fortalecimiento de los Centros Reguladores de Urgencias, Emergencias y Desastres - CRUE, los Sistemas de Emergencias Médicas las acciones de conocimiento, reducción del riesgo y manejo de desastres en salud \*

Realizar educación en salud a la población priorizando mayores deficiencia de saneamiento básico \*Articulación intersectorial para dar resolutiveidad a saneamiento básico en áreas de mayor déficit de saneamiento \*Fortalecer los recursos

necesarios para las intervenciones de promoción, prevención, control y mitigación para el abordaje de las enfermedades transmisibles \*Continuar con el seguimiento al monitoreo de la calidad del agua para consumo humano y de diversión. \*Realizar educación en salud a la población priorizando



	<p>mayores deficiencia de saneamiento básico  *Articulación intersectorial para dar resolutiveidad a saneamiento básico en áreas de mayor déficit de saneamiento. *  Fortalecer los recursos necesarios para las intervenciones de promoción, prevención, control y mitigación para el abordaje de las enfermedades transmisibles. *Continuar con el seguimiento al monitoreo de la calidad del agua para consumo humano y de diversión .*Realizar educación en salud a la población priorizando mayores deficiencia de saneamiento básico *Articulación intersectorial para dar resolutiveidad a saneamiento básico en áreas de mayor déficit de saneamiento</p>
<p><b>Brechas de atención en la salud que incrementan la mortalidad infantil:</b>  Falta de adherencia a guías médicas, protocolo, por parte del personal asistencial  Falta de acceso a los servicios de atención con calidad que dificulta la detección temprana y tratamiento oportuno de enfermedades en los niños que pueden llevar a la mortalidad  Falta de garantía de seguimiento en programas de gestión del riesgo programas de prevención y mantenimiento de la salud  Falta de un buen equipamiento y una infraestructura de las salas ERA  Adaptación e implementación de AIEPI clínico por el personal asistencial  Falta de calidad en la atención, puede llevar a una falta de participación y satisfacción de los usuarios, falta de ética.</p>	<p>Fortalecer infraestructura de salas ERA  Realizar Seguimiento a la adherencia de guías y protocolos  Hacer seguimiento a adaptación e implementación de estrategias como AIEPI y otras para la población infantil</p>

<p><b>Riesgos para la salud asociados a un clima cambiante:</b>  Contaminación que afecta la calidad del aire y el agua, -  Aumento de enfermedades transmitidas por vectores.- Aumento de infecciones  Falta de tecnológico en el tiempo real, lo cual no permite tomar decisiones oportunas respiratorias.  Aumento de enfermedades transmitidas por vectores  Aumento de infecciones respiratorias</p>	<p>Jornadas masivas de información en salud por IPS/EAPB bajo la supervisión y acompañamiento de DADIS.  *Fortalecimiento de capacidades comunitarias para temas de prevención en contextos de emergencia ambientales</p> <hr/> <p>Articulación y coordinación con Saneamiento/ EPA/aguas de Cartagena la sensibilización en prevención de EDA.  *Realizar monitoreo y sala situacional de análisis de riesgos ambientales para toma de decisiones</p> <hr/> <hr/> <hr/>
---	--

### **3.4 VISION COMPARTIDA A LARGO PLAZO**

#### **3.4.1 VISION DEL PLAN TERRITORIAL**

A 2031 Cartagena y sus habitantes de zona urbana, rural e insular, con pleno goce de sus derechos y deberes pueden contar con las herramientas para mejorar la calidad de vida mediante la incidencia sobre los determinantes sociales y con enfoque diferencial

#### **3.4.2 OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD.**

##### **3.4.2.1 OBJETIVO ESTRATÉGICO GENERAL**

Consolidar al Distrito de Cartagena como Autoridad Sanitaria, rectora en la Implementación del Modelo Preventivo, Predictivo y Resolutivo, basado en la Atención Primaria en Salud, Gobernanza y Gobernabilidad incidiendo en los determinantes que mejoraran las condiciones de salud de la población.

##### **3.4.2.2 OBJETIVOS ESTRATÉGICOS ESPECIFICOS**

#### **PROGRAMA 1 SALUD CON COBERTURA, ACCESIBILIDAD, CALIDAD E INCLUSIÓN**

Disminuir la morbilidad, mortalidad y discapacidad evitable en el Distrito de Cartagena, mejorando el acceso y la calidad en la atención en salud

## **PROGRAMA 2 DERECHOS EN SALUD Y PROMOCIÓN SOCIAL**

Fomentar la gestión de los derechos y la promoción social en salud con enfoque diferencial y preferencial de las poblaciones vulnerables en el Distrito de Cartagena

## **PROGRAMA 3 FORTALECIMIENTO DEL CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS, EMERGENCIAS Y DESASTRES EN EL DISTRITO DE CARTAGENA - CRUED**

Optimizar la capacidad del Centro Regulador de Urgencias, Emergencias y Desastres (CRUED) de Cartagena para coordinar efectivamente la respuesta ante emergencias y desastres, asegurando una gestión integral del riesgo que mejore la resiliencia de la salud pública frente al cambio climático

## **PROGRAMA 4 SALUD PÚBLICA**

Desarrollar de manera integral e integrada políticas, planes y programas en salud pública a fin de contribuir al mejoramiento de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo de las personas, familias y comunidades del Distrito de Cartagena

### **3.4.3 RESULTADOS ESPERADOS POR EJES ESTRATÉGICOS Y PROGRAMAS DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD.**

#### **PROGRAMA 1 SALUD CON COBERTURA, ACCESIBILIDAD, CALIDAD E INCLUSIÓN**

**OBJETIVO DEL PROGRAMA** Disminuir la morbilidad, mortalidad y discapacidad evitable en el Distrito de Cartagena, mejorando el acceso y la calidad en la atención en salud

#### **DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA**

Una de las maneras de ejercer la autoridad sanitaria para el Distrito y que así mismo contribuirá a la generación de gobernabilidad y gobernanza sobre todo en materia de salud sería el hecho de que los diferentes actores en salud y demás referentes comunitarios y ejecutivos, desde sus diferentes sectores enfoques generen y coordinen acciones de manera orientadora hacia el logro de los resultados en salud.

Este programa pretende Garantizar el acceso a los servicios de Salud a toda la población que lo requiera, en forma humanizada, con calidad e inclusión, con el fin de conservar y/o mejorar la calidad de vida de los residentes y visitantes del Distrito de Cartagena.

Pretendemos impulsar de igual forma el buscar un equilibrio entre los beneficios que se brinden para mejorar la atención al paciente, las condiciones de salud de las poblaciones,

optimizar la gestión del riesgo así como la optimización de recursos que permitan cumplir con los propósitos trazados a nivel del programa

En la gestión de garantizar la prestación de servicios de salud en Cartagena, en el año 2021 fue aprobado por parte del MSPS el **Programa Territorial de Reorganización Rediseño y Modernización de Redes de Empresas Sociales del Estado - PTRRMR del distrito de Cartagena**, el cual incluyó el diseño de un modelo de atención integral en salud que contempla como objetivo, **“contribuir al mejoramiento de la salud integral de la población de Cartagena de Indias, residente en el área urbana, rural y rural dispersa, con énfasis en la atención primaria en salud y el enfoque de salud familiar, que garantice el acceso a los servicios de salud, en condiciones de calidad, oportunidad, continuidad y eficiencia”**.

El modelo de atención integral en salud del distrito se construye teniendo en cuenta las siguientes cinco estrategias y enfoques básicos, los cuales deben ser vistos de manera interrelacionada para el cumplimiento de los objetivos planteados, así: Estrategia de Atención Primaria en Salud, Estrategia de Gestión Integral del Riesgo en Salud, Enfoque de Promoción de la Salud, Enfoque en Salud Familiar

Se busca la articulación efectiva para el control y manejo de los determinantes sociales de salud que influyen en la salud de la población vulnerable del distrito, evitando el incremento de indicadores de morbilidad y mortalidad, interviniendo aspectos de vital importancia como el acceso a la seguridad social en salud, mediante el aseguramiento de toda la población, prestación de los servicios de salud en condiciones de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad, regulando la red de prestadores de tal forma que garanticen integralidad en la atención

Mediante el **aseguramiento** se buscará universalizar la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud de la población residente en el distrito de Cartagena, gestionando y asegurando el uso eficiente de los recursos y vigilando la calidad de la atención en salud de la población. Mantendremos la continuidad en la afiliación al Régimen Subsidiado que viene en la actualidad así como gestionaremos la financiación y aseguramiento de nuevos afiliados.

La población total afiliada al Régimen Subsidiado en Salud a 31 de diciembre de 2023 es de 679.555, de los cuales 440.491 corresponden a los Grupos de SISBEN A, B y C Metodología IV, 118.116 a los Niveles 1, 2 y 3 del SISBEN Metodología III y 120.948 por listado censal, a quienes se les debe garantizar la continuidad de la afiliación

Bueno es comentar que en la actualidad, existe en el Distrito de Cartagena una población de 118.116 personas afiliadas al régimen subsidiado en salud, que no están registradas en la Base de Datos del SISBEN Metodología IV validada por el Departamento Nacional de Planeación - DNP, dicha población se encuentra en riesgo de salir del SGSSS. Es importante destacar que El Ministerio de Salud y de la Protección Social, ha dado a esta población varias

prorrogas para que diligencien la encuesta de SISBEN y no salgan del SGSS ya que dicha salida del SGSS crearía un impacto negativo a nivel social al quedar potencialmente desprotegidas y poniendo en riesgo su salud y sus vidas; a nivel económico, los recursos de oferta se verían afectados puesto que aumentaría la población no asegurada y la imagen de credibilidad del ente territorial también se vería afectada.

Es fundamental y necesario que mediante la complementariedad de los sectores y afín de minimizar los impactos negativos, Desde la Oficina Distrital del SISBEN de la Secretaría Distrital de Planeación, y como apoyo a la garantía de derechos, realice la encuesta para que defina la clasificación de las 118.116 personas afiliadas a través de la Encuesta de SISBEN Metodología IV.

En materia de la **prestación del servicio de salud**, a la población no afiliada la misma se realizara garantizando el acceso de la población, acorde al modelo de atención establecido por el distrito de Cartagena, teniendo en cuenta sus aspectos individuales y colectivos, así como el enfoque de salud familiar, promoción de la salud y diferencial, basado en las estrategias de **Atención Primaria en Salud y Gestión Integral del Riesgo**.

Se acompañará a la red de prestadores y a los usuarios para que su experiencia en la atención sea la más pertinente, ajustada a guías clínicas de atención y dentro de los preceptos de calidad y humanización establecidos, fomentando un acceso oportuno a los servicios de salud en cualquiera de las fases de promoción, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, de acuerdo con las necesidades de cada persona y buscando la integralidad en su atención.

Con el objetivo de reorganizar y fortalecer la infraestructura hospitalaria del distrito de Cartagena, que permita la atención integral en salud acorde a estándares de habilitación, la autoridad sanitaria distrital en coordinación con la ESE Hospital Local Cartagena de Indias y Secretaria de Infraestructura realizará los ajustes necesarios a los diseños y verificara el cumplimiento de los requisitos que permitan viabilizar técnicamente los proyectos de obras civiles y de dotación a los centros y puestos de salud que actualmente se encuentran siniestrados.

Se realizarán actividades de promoción de la calidad de la atención en salud, inspección, vigilancia y control a los Prestadores de servicios de salud en el marco del Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad en Salud, que se compone del Sistema Único de Habilitación, el Sistema Único de Acreditación y el Sistema de Información para la Calidad de la Atención en Salud; así como también verificar dentro del Sistema Único de Habilitación gestión del servicio farmacéutico, el mantenimiento hospitalario, la tecnología biomédica controlada y tramitar y resolver las quejas relacionadas con las fallas en la calidad de la Prestación de Servicios de salud.

Estas acciones pretenden que los prestadores de servicios de salud cumplan y mantengan las condiciones de habilitación y su sistema de gestión de calidad de forma permanente, controlen el riesgo asociado a la prestación de los servicios de salud y brinden seguridad a sus usuarios, lo que se traducirá en una adecuada prestación de servicios de salud con calidad enfocado en una atención en salud humanizada reflejado en una mejor calidad de vida.

El Distrito de Cartagena, a través del Departamento administrativo Distrital de Salud brindará asistencia técnica a la Red de prestadores públicos priorizados, para gestionar su desarrollo tecnológico, de talento humano e infraestructura, que mejore la atención a los usuarios y de igual forma propenderá por fortalecer las Empresas Sociales del Estado **Clínica La Maternidad Rafael Calvo, Hospital Universitario del Caribe y la Casa del Niño y el Hospital Local Cartagena de Indias** que tienen presencia en toda la zona insular y corregimental del Distrito de Cartagena.

EJE PDSP 2022-2031	OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE PDSP 2022-2031	ESTRATEGIAS	METAS
Eje 1. Gobernabilidad y gobernanza de la Salud Pública	Desarrollar capacidades y liderazgo para la cogestión, coadministración y cogobierno en un diálogo armónico con las formas organizativas de los pueblos y comunidades, organizaciones ciudadanas, sociales y comunitarias, a través del liderazgo y la generación de alianzas, acciones conjuntas, articuladas e integradas para el logro de resultados en salud, según la	Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales con mecanismos fortalecidos para el ejercicio de la Rectoría en Salud.		
		Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales fortalecidas como autoridad sanitaria local para la Gobernanza en Salud Pública.		

	naturaleza de los problemas y las circunstancias sociales del territorio.			
Eje 2. Pueblos y comunidades étnicas y campesina, mujeres, sectores LGBTIQ+ y otras poblaciones por condición y/o situación.	<p>Contar con elementos para la acción que le permita aproximarse a las condiciones de vida y salud de las diferentes poblaciones de acuerdo con sus particularidades y necesidades, mediante el respeto a la integridad y la participación social, y como garante en la construcción conjunta de intervenciones desde el dialogo horizontal y respetuoso de sus saberes, prácticas y creencias</p>	Políticas, planes, programas y estrategias en salud con transversalización de los enfoques de pueblos y comunidades, género y diferencial e integración de los sistemas de conocimiento propio y saberes de los pueblos y comunidades étnicas y campesinas.		
		Gobiernos departamentales, distritales y municipales que lideran el desarrollo de estrategias para el reconocimiento de contextos de inequidad social, étnica y de género y la generación de respuestas intersectoriales y transectoriales.		
		Espacios e instancias intersectoriales que incluyen en sus planes de acción la transversalización de los enfoques de pueblos y comunidades, género y diferencial e integran los sistemas de conocimiento propio de los pueblos y		

		comunidades étnicas y campesinas.		
		Prácticas, saberes y conocimientos para la salud pública reconocidos y fortalecidos para Pueblos y comunidades étnicas, mujeres, población campesina, LBGTIQ+ y otras poblaciones por condición y/o situación.		
Eje 3. Determinantes sociales de la salud	Transformar las circunstancias injustas relacionadas con peores resultados de salud de la población, mediante la definición de acciones de carácter inter y transectorial en los planes de desarrollo territorial, con el fin de avanzar en la reducción de brechas sociosanitarias.	Entorno económico favorable para la salud		
		Transformación cultural, movilización y organización social y popular por la vida, salud y la equidad en salud.		
		Territorios saludables articulados y trabajando por la paz, la convivencia pacífica y la resiliencia.		
		Integración del cuidado del ambiente y la salud en el marco de la adaptación al cambio climático.		



		<p>Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales que conforman territorios de salud de acuerdo con las particularidades geográficas, socioculturales, político administrativas y ambientales donde se produce el proceso de salud.</p>		
<p>Eje 4. Atención Primaria en Salud</p>	<p>Desarrollar acciones sectoriales e intersectoriales dirigidas a promover la salud, prevenir la enfermedad y recuperar la salud de la población, en escenarios como ciudades, espacios periurbanos, rurales, territorios indígenas y otros entornos donde las personas y colectivos desarrollan la vida cotidiana, aportando a la garantía del derecho fundamental a la salud.</p>	<p>Entidades Territoriales Departamentales, Distritales que organizan la prestación de servicios de salud en redes integrales e integradas territoriales bajo un modelo de salud predictivo, preventivo y resolutivo fundamentado en la Atención Primaria en Salud — APS con criterios de subsidiaridad y complementariedad,</p>		
		<p>Agentes del sistema de salud que garantizan el acceso de la población con criterios de longitudinalidad, continuidad, puerta de entrada, enfoques familiar y comunitario con acciones, universales, sistemáticas, permanentes y participativas bajo un enfoque familiar y comunitario</p>		

		fundamentado en la Atención Primaria en Salud - APS.		
		Nivel primario de atención con equipos de salud territoriales y centros de atención primaria en salud fortalecidos en su infraestructura, insumos, dotación y personal de salud como puerta de entrada y primer contacto con el Sistema de Salud, para dar respuesta a las necesidades en salud de la población de su territorio,		
		Instituciones de salud públicas de mediana y alta complejidad fortalecidas en infraestructura, insumos, dotación, equipos y personal de salud para resolver de manera efectiva y con calidad las necesidades en salud que requieren atención especializada a través de un trabajo coordinado en redes integrales e integradas territoriales de salud.		
		Capacidades fortalecidas para la gestión del conocimiento en salud pública		

		Soberanía sanitaria fortalecida con tecnologías estratégicas en salud-TES.		
Eje 7. Personal de salud	Crear y desarrollar mecanismos para mejorar la distribución, disponibilidad, formación, educación continua, así como, las condiciones de empleo y trabajo digno y decente del personal de salud.	Capacidades consolidadas para la gestión territorial de la salud pública		
		Talento Humano en Salud formado para la gestión integral de la salud pública		
		Sabedores ancestrales y personal de salud propio, reconocidos y articulados a los procesos de la gestión de la salud pública en los territorios,		

## PROGRAMA 2 DERECHOS EN SALUD Y PROMOCIÓN SOCIAL

**OBJETIVO DEL PROGRAMA** Fomentar la gestión de los derechos y la promoción social en salud con enfoque diferencial y preferencial de las poblaciones vulnerables en el Distrito de Cartagena

### DESCRIPCION DEL PROGRAMA

Fomentar la gestión de los derechos y la promoción social en salud con enfoque diferencial y preferencial de las poblaciones vulnerables en el Distrito de Cartagena.

El presente programa reconoce las particularidades **de los Grupos Poblaciones Vulnerables (en función del curso de vida: Niños, niñas, adolescentes, jóvenes, adultos y adultos mayores y de las condiciones o situaciones particulares: Grupos étnicos (NARF, Indígenas), personas con discapacidad, habitantes de calle, víctimas del conflicto armado, migrantes y personas de acuerdo a su identidad de género y orientación sexual)**, las condiciones sociales, el precario reconocimiento de los derechos y deberes en salud, la extrema pobreza, la exclusión social, la marginalidad y vulnerabilidad en el ejercicio del derecho a la salud.

En el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud, se presentan algunas barreras de acceso de los servicios de salud como otras formas de exclusión e inequidades, representado en servicios inoportunos, deficientes e insatisfacción de los usuarios frente a los mismos, lo cual se presenta en gran medida por el desconocimiento de la población de sus derechos y deberes en salud, para su defensa y reivindicación, así como de la apropiación de mecanismos participativos que les permitan a las comunidades y poblacionales vulnerables velar por la garantía de esos derechos.

Por consiguiente, este programa implementará acciones e intervenciones sectoriales y transectoriales, basados en el enfoque diferencial para fomentar la promoción de la participación social en salud de las poblaciones vulnerables y comunidad en general, que contribuyan a cambios en el entorno para generar salud y bienestar, desarrollando actividades enfocadas en garantizar: las órdenes de valoración del procedimiento de certificación de discapacidad y RLCPD, la atención psicosocial de personas víctimas del conflicto armado, la habilitación y la rehabilitación funcional de personas con discapacidad mediante el Banco de Producto de Apoyo Distrital-BPAD, los mecanismos la Atención y orientación en la gestión de quejas y reclamos en salud de los usuarios del SGSSS, por consiguiente la orientación en sus deberes y derechos en salud, desarrollo de capacidades en Deberes y Derechos, atención preferencial con enfoque diferencial y Políticas de los grupos poblacionales vulnerables dirigido a funcionarios actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, jornadas de atención integral al habitante de calle, asistencia técnicas a los centros de vida y Hogares geriátricos.

EJE PDSP 2022-2031	OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE PDSP 2022-2031	ESTRATEGIAS	METAS
Eje 1. Gobernabilidad y gobernanza de la Salud Pública	Desarrollar capacidades y liderazgo para la gestión, coadministración y cogobierno en un diálogo armónico con las formas organizativas de los pueblos y comunidades, organizaciones	Pueblos y comunidades étnicas y campesinas, mujeres, sectores LGBTQI+ y otras poblaciones por condición y/o situación que participan e inciden de manera efectiva en la formulación, implementación, monitoreo y evaluación de		
Eje 2. Pueblos y comunidades étnicas y campesina, mujeres, sectores LGBTQI+ y otras poblaciones por condición y/o situación.	Contar con elementos para la acción que le permita aproximarse a las condiciones de vida y salud de las diferentes poblaciones de acuerdo con sus particularidades y necesidades, mediante el respeto a la integridad y la participación social, y como garante en la construcción conjunta de intervenciones desde el diálogo horizontal y respetuoso de sus saberes, prácticas y creencias	Políticas, planes, programas y estrategias en salud con transversalización de los enfoques de pueblos y comunidades, género y diferencial e integración de los sistemas de conocimiento propio y saberes de los pueblos y comunidades étnicas y campesinas.		
		Gobiernos departamentales, distritales y municipales que lideran el desarrollo de estrategias para el reconocimiento de contextos de inequidad social, étnica y de género y la generación de respuestas intersectoriales y - transectoriales.		
		Espacios e instancias intersectoriales que incluyen en sus planes de acción la transversalización de los enfoques de pueblos y comunidades, género y diferencial e integran los sistemas de conocimiento propio de los pueblos y comunidades étnicas y campesinas.		
		Prácticas, saberes y conocimientos para la salud pública reconocidos y fortalecidos para Pueblos y comunidades étnicas, mujeres, población campesina, LGBTQI+ y otras poblaciones por condición y/o situación.		
Eje 3. Determinantes sociales de la salud	Transformar las circunstancias injustas relacionadas con peores resultados de salud de la población, mediante la definición de acciones de carácter inter y transectorial en los planes de desarrollo territorial, con el fin de avanzar en la reducción de brechas socio-sanitarias.	Entorno económico favorable para la salud		
		Transformación cultural, movilización y organización social y popular por la vida, salud y		
		Territorios saludables articulados y trabajando por la paz, la convivencia pacífica y la integración del cuidado del ambiente y la salud en el marco de la adaptación al cambio climático.		
Eje 7. Personal de salud	Crear y desarrollar mecanismos para mejorar la distribución, disponibilidad, formación, educación continua, así como, las condiciones de empleo y trabajo digno y decente del personal de salud.	Capacidades consolidadas para la gestión territorial de la salud pública		
		Talento Humano en Salud formado para la gestión integral de la salud pública		
		Sabedores ancestrales y personal de salud propio, reconocidos y articulados a los procesos de la gestión de la salud pública en los territorios,		

### **PROGRAMA 3 FORTALECIMIENTO DEL CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS, EMERGENCIAS Y DESASTRES EN EL DISTRITO DE CARTAGENA - CRUED**

**OBJETIVO DEL PROGRAMA** Optimizar la capacidad del Centro Regulador de Urgencias, Emergencias y Desastres (CRUED) de Cartagena para coordinar efectivamente la respuesta ante emergencias y desastres, asegurando una gestión integral del riesgo que mejore la resiliencia de la salud pública frente al cambio climático

#### **DESCRIPCION DEL PROGRAMA**

El objetivo nos permite reducir los impactos de las emergencias desastres y el cambio climático en la salud humana y ambiental, a través de la gestión integral del riesgo como un proceso que propende por la seguridad sanitaria, el bienestar y la calidad de vida de las personas, por medio de la formulación, ejecución, seguimiento y evaluación de políticas, planes, programas y proyectos., y fortalecer la detección, atención y los mecanismos de disponibilidad y acceso a las tecnologías en salud necesaria para dar respuesta efectiva a un nuevo evento pandémico.

Con la implementación y fortalecimiento de este programa, el CRUED del Distrito de Cartagena se hará responsable de coordinar y regular el acceso a los servicios de urgencias y la atención de la población afectada en situación de emergencias o desastres; fortaleciendo los mecanismos sectoriales de gestión y coordinación ante situaciones de urgencia, emergencia o desastres que impacten la salud pública; esto conlleva a la adopción de medidas de conocimiento y reducción del riesgo de desastres, acciones para el manejo y respuesta, que incluyan la formación y capacitación del talento humano en la gestión integral del riesgo y en lo relacionado con los posibles efectos de la variabilidad y el cambio climático; los sistemas de información y comunicación, estrategias de disminución de la vulnerabilidad de los servicios de salud, fortalecimiento de las capacidades sanitarias, protocolos y planes de respuesta, esquemas de coordinación sectorial e intersectorial, así como la articulación con los demás actores del Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres.

Para que el CRUED de Cartagena y Bolívar pueda coordinar, organizar y operar la red de comunicación, el proceso de referencia y contrarreferencia, el sistema de información y las demás funciones asignadas, debe contar con un equipo humano interdisciplinario de planta que esté cualificado, entrenado y con las competencias para la gestión y operación de las acciones, además de una red de telecomunicación eficiente con los hospitales, los servicios prehospitalarios y la red de transporte asistencial, que le permita el fortalecimiento de los Servicios de Emergencias Médica, unificar el trabajo de los Centros Reguladores de urgencias y Emergencias, el desarrollo de capacidades técnicas del talento humano y contar

con un sistemas de comunicación y tecnología de punta, que permita el monitoreo de las actividades, el análisis y evaluación de la información en tiempo real, para la toma de decisiones estratégicas en las acciones de preparación y respuesta ante situaciones de emergencia, desastres, eventos naturales que afecten directa o indirectamente la salud pública por el cambio climático y fortalecer la estructura necesaria para dar respuesta efectiva a un nuevo evento pandémico.

Este programa permitirá potenciar los componentes impulsores de avances del sector salud, mejorando los sistemas de vigilancia y alerta temprana que permitan respuestas oportunas y medidas de mitigación frente a situaciones de riesgo, amenazas y/o emergencias en salud, la modificación en los patrones del comportamiento de algunos eventos de interés en Salud pública, ESPII, en puertas de entrada del Distrito, sector Industrial, turístico, hotelero y/o en poblaciones vulnerables, generar información estadística en tiempo real y adecuada, que permita tomar decisiones coyunturales y estratégicas sobre el sistema en coordinación intersectorial.

Brindará a la Red de servicios de urgencias del distrito, el acompañamiento técnico y desarrollo de capacidades del talento Humano en salud en lo relacionado a la respuesta institucional en la implementación del plan de gestión integral del riesgo de emergencia y desastre en salud y los posibles efectos de la variabilidad y el cambio climático, a través de los equipos operativos y de análisis del Centro de Operaciones de Emergencias en Salud COES, Centro de información de Asesoría y Atención en Toxicología - CIAAT y Centro de Información en Asesoría y Atención en Salud Mental – CIAASM y APH. , potenciando las acciones encaminadas a la generación de conocimiento a través de estrategias de investigación e innovación desarrolladas conjuntamente entre diversos actores y sectores, con el fin de consolidar, generar, divulgar, traducir, usar y apropiar el conocimiento para la gestión de la salud pública.

Se espera que el Centro Regulador de Urgencias, Emergencias y Desastres – CRUED, cuente con una Infraestructura física, dotación, insumos y sistemas de información, telemática, que permita optimizar la respuesta en la regulación de las atenciones prehospitalarias y garantizar de manera oportuna la referencia y contrarreferencia de los servicios de urgencia para así mismo poder intervenir en los eventos asociado a mortalidad y/o modificación en el patrón del comportamiento epidemiológico y a los riesgos medioambientales tales como: Dengue grave, Paludismo o malaria, Cólera, Enfermedad Diarreica Aguda, Desnutrición, Estrés térmico, Hipotermia, Enfermedades Cardiacas, Infecciones Respiratorias Agudas, Enfermedades Similares a Influenza, Covid-19 u otros agentes respiratorios que estén asociados a la variabilidad del cambio climático y sus efectos físicos y de la salud mental o comportamiento humano, Intoxicaciones por metales, materiales químicos, contaminación del agua y alimentos, enfermedades por la contaminación del aire y los efectos sobre la

salud de situaciones de desastres. Eventos estos que de igual forma se pueden presentar tanto a nivel urbano como a nivel **corregimental o insular**

De igual forma desde el Centro Regulador de Urgencias, Emergencias y Desastres, se emiten las viabilidades en salud para los eventos de afluencia masiva, previa revisión y análisis de los requisitos que garantizan la Atención prehospitalaria con la verificación en el cumplimiento para dar respuesta a posibles situaciones de riesgo en estos escenarios

EJE PDSP 2022-2031	OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE PDSP 2022-2031	ESTRATEGIAS	METAS
Eje 3. Gobernabilidad y gobernanza de la Salud Pública	Desarrollar capacidades y liderazgo para la gestión, administración y cogobierno en un ASBago armónico con las formas organizativas de los pueblos y comunidades, organizaciones ciudadanas, sociales y comunitarias, a través del liderazgo y la generación de alianzas, acciones conjuntas, articuladas e integradas para el logro de resultados en salud, según la naturaleza de los problemas y las circunstancias sociales del territorio.	Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales con mecanismos fortalecidos para el ejercicio de la Rectoría en Salud.		
		Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales fortalecidas como autoridad sanitaria local para la Gobernanza en Salud Pública.		
		Pueblos y comunidades étnicas y campesinas, mujeres, sectores LGBTIQ+ y otras poblaciones por condición y/o situación que participan e inciden de manera efectiva en la formulación, implementación, monitoreo y evaluación de políticas, planes, programas y estrategias para la garantía del derecho fundamental a la salud.		
Eje 5. Cambio climático, emergencias, desastres y pandemias	Reducir los impactos de las emergencias, desastres y el cambio climático en la salud humana y ambiental, a través de la gestión integral del riesgo (como un proceso que propende por la seguridad sanitaria, el bienestar y la calidad de vida de las personas); por medio de la formulación, ejecución, seguimiento y evolución de políticas, planes, programas y proyectos; y fortaleciendo la detección, atención y los mecanismos de disponibilidad y acceso de las tecnologías, y servicios en salud necesarios para dar respuesta efectiva a un nuevo evento pandémico.	Políticas en salud pública para contribuir a la mitigación y adaptación al cambio climático.		
		Nivel Nacional y entes territoriales preparados y fortalecidos para la gestión del conocimiento, prevención, y atención sectorial e intersectorial de emergencias, desastres y pandemias.		
		Conocimiento producido y difundido y capacidades fortalecidas para prevenir y atender el impacto del cambio climático en la salud pública.		
Eje 7. Personal de salud	Crear y desarrollar mecanismos para mejorar la distribución, disponibilidad, formación, educación continua, así como, las condiciones de empleo y trabajo digno y decente del personal de salud.	Capacidades consolidadas para la gestión territorial de la salud pública		
		Talento Humano en Salud formado para la gestión integral de la salud pública		
		Trabajadores ancestrales y personal de salud propio, reconocidos y articulados a los procesos de la gestión de la salud pública en los territorios.		



## **PROGRAMA 4 SALUD PÚBLICA**

**OBJETIVO DEL PROGRAMA** Desarrollar de manera integral e integrada políticas, planes y programas en salud pública a fin de contribuir al mejoramiento de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo de las personas, familias y comunidades del Distrito de Cartagena

### **DESCRIPCION DEL PROGRAMA**

El programa se enfocará en implementar acciones destinadas a fomentar la salud y prevenir enfermedades, al mismo tiempo que fortalecerá la inspección, vigilancia y control sanitario para proteger la salud pública y mejorar el bienestar de todos los ciudadanos. Esto se llevará a cabo mediante el desarrollo de estrategias para el cuidado de la salud y la vida de los colectivos y comunidades, orientado hacia una atención integral, integrada e intercultural, afectando positivamente los determinantes sociales de la salud, en un proceso participativo y transectorial y en consonancia con las directrices establecidas en el Plan Decenal de Salud Pública y los pilares del Modelo de Salud Preventivo y Predictivo en el marco de las competencias de Ley.

EJE PDSP 2022-2031	OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE PDSP 2022-2031	ESTRATEGIAS	METAS
Eje 1. Gobernabilidad y gobernanza de la Salud Pública	Desarrollar capacidades y liderazgo para la cogestión, coadministración y cogobierno en un diálogo armónico con las formas organizativas de los pueblos y comunidades, organizaciones ciudadanas, sociales y comunitarias, a través del liderazgo y la generación de alianzas, acciones conjuntas, articuladas e integradas para el logro de resultados en salud, según la naturaleza de los problemas y las circunstancias sociales del territorio.	Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales con mecanismos fortalecidos para el ejercicio de la Rectoría en Salud.		
		Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales fortalecidas como autoridad sanitaria local para la Gobernanza en Salud Pública.		
		Pueblos y comunidades étnicas y campesinas, mujeres, sectores LGBTQ+ y otras poblaciones por condición y/o situación que participan e inciden de manera efectiva en la formulación, implementación, monitoreo y evaluación de políticas, planes, programas y estrategias para la garantía del derecho fundamental a la salud.		
Eje 2. Pueblos y comunidades étnicas y campesinas, mujeres, sectores LGBTQ+ y otras poblaciones por condición y/o situación.	Contar con elementos para la acción que le permita aproximarse a las condiciones de vida y salud de las diferentes poblaciones de acuerdo con sus particularidades y necesidades, mediante el respeto a la integridad y la participación social, y como garante en la construcción conjunta de intervenciones desde el dialogo horizontal y respetuoso de sus saberes, prácticas y creencias	Políticas, planes, programas y estrategias en salud con transversalización de los enfoques de pueblos y comunidades, género y diferencial e integración de los sistemas de conocimiento propio y saberes de los pueblos y comunidades étnicas y campesinas.		
		Gobiernos departamentales, distritales y municipales que lideran el desarrollo de estrategias para el reconocimiento de contextos de inequidad social, étnica y de género y la generación de respuestas intersectoriales y transectoriales.		
		Espacios e instancias intersectoriales que incluyen en sus planes de acción la transversalización de los enfoques de pueblos y comunidades, género y diferencial e integran los sistemas de conocimiento propio de los pueblos y comunidades étnicas y campesinas.		
		Prácticas, saberes y conocimientos para la salud pública reconocidos y fortalecidos para Pueblos y comunidades étnicas, mujeres, población campesina, LGBTQ+ y otras poblaciones por condición y/o situación.		
Eje 3. Determinantes sociales de la salud	Transformar las circunstancias injustas relacionadas con peores resultados de salud de la población, mediante la definición de acciones de carácter inter y transectorial en los planes de desarrollo territorial, con el fin de avanzar en la reducción de brechas	Entorno económico favorable para la salud		
		Transformación cultural, movilización y organización social y popular por la vida, salud y la		
		Territorios saludables articulados y trabajando por la paz, la convivencia pacífica y la Integración del cuidado del ambiente y la salud en el marco		
Eje 4. Atención Primaria en Salud	Desarrollar acciones sectoriales e intersectoriales dirigidas a promover la salud, prevenir la enfermedad y recuperar la salud de la población, en escenarios como ciudades, espacios periurbanos, rurales, territorios indígenas y otros entornos donde las personas y colectivos desarrollan la vida cotidiana, aportando a la garantía del derecho fundamental a la salud.	Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales que conforman territorios de salud de acuerdo con las particularidades geográficas, socioculturales, político administrativas y ambientales donde se produce el proceso de salud.		
		Entidades Territoriales Departamentales, Distritales que organizan la prestación de servicios de salud en redes integrales e integradas territoriales bajo un modelo de salud predictivo, preventivo y resolutivo fundamentado en la Atención Primaria en Salud — APS con criterios de subsidiaridad y complementariedad,		
		Agentes del sistema de salud que garantizan el acceso de la población con criterios de longitudinalidad, continuidad, puerta de entrada, enfoques familiar y comunitario con acciones, universales, sistemáticas, permanentes y participativas bajo un enfoque familiar y comunitario fundamentado en la Atención Primaria en Salud — APS		
		Nivel primario de atención con equipos de salud territoriales y centros de atención primaria en		

### 3.4.4 METAS ESTRATEGICAS Y CADENA DE VALOR EN SALUD DEL TERRITORIO ARMONIZADAS CON PDD

#### PROGRAMA 1 SALUD CON COBERTURA, ACCESIBILIDAD, CALIDAD E INCLUSIÓN

#### INDICADORES DE RESULTADO

a. INDICADOR	b. LÍNEA BASE	c. Unidad de Medida	d. Meta del cuatrienio
Tasa de cobertura a la afiliación al Régimen Subsidiado en el Distrito de Cartagena de Indias	99,14% Fuente: DADIS – Estadísticas Aseguramiento	Porcentaje	Aumentar la cobertura a la afiliación del Régimen Subsidiado al 100%
Porcentaje de población No asegurada (PNA) con acceso garantizado a los servicios de salud, mediante autorizaciones con máximo de 5 días hábiles	86% Fuente DADIS-Sigdadis	Porcentaje	Garantizar el acceso a los servicios de salud de la población No asegurada (PNA) mediante la generación del 90% de las autorizaciones de servicios con un máximo de 5 días hábiles

a. INDICADOR DE PRODUCTO	b. LINEA BASE	c. METAS DEL CUATRENIO	d. RESPONSABLE	e. POBLACION
Número de usuarios con continuidad de la afiliación al régimen subsidiado en salud en el Distrito de Cartagena	679.555 afiliados	Mantener la continuidad de la afiliación a 679.555 personas que vienen afiliados al regimen subsidiado en salud	DIRECTOR OPERATIVO ASEGURAMIENTO	679.555

Número de personas nuevas afiliadas al sistema general de seguridad social en salud	0	Afiliar 20.000 personas nuevas al sistema general de seguridad social en salud (con o sin SISBEN)	DIRECTOR OPERATIVO ASEGURAMIENTO	Migrantes NA, NA certificados por MinSalud y Retirados del Contributivo
Número servicios de salud habilitados para atender Población No Asegurada, conformando la red integrada de salud del Distrito de Cartagena	142 servicios	Mantener 142 servicios de salud habilitados conformando la red integrada de salud del Distrito de Cartagena para atender Población Pobre No Asegurado.	DIRECTOR OPERATIVO DE PRESTACION DE SERVICIOS	16.740
Número de Equipos Básicos de Salud que operan en el Distrito monitoreados y evaluados	3 Equipos pilotos DADIS 2023	Monitorear y evaluar a 62 Equipos Básicos de Salud que se conformen y operen en el Distrito de Cartagena.	DIRECTOR OPERATIVO DE PRESTACION DE SERVICIOS	465.000
Número de prestadores de servicios de salud con asistencia técnica de inspección, vigilancia y control para mejoramiento de la calidad de la atención en salud	0	Realizar asistencia técnica de inspección, vigilancia y control a 60 prestadores de salud para mejoramiento de la calidad de la atención en salud	DIRECTOR OPERATIVO DE VIGILANCIA Y CONTROL	1.059.626
Numero de areas funcionales con asistencia	9 areas	Realizar anualmente asistencia a 9 áreas funcionales DADIS en el cumplimiento de metas estratégicas e institucionales	DIRECCION DADIS	1.059.626

Numero de plataformas tecnológicas actualizadas y operativas	11 plataformas	Mantener actualizadas y operativas las 11 plataformas de soluciones tecnológicas del Departamento Administrativo Distrital de Salud para el cumplimiento de las metas estratégicas e institucionales.	DIRECCION DADISJEFE DE OFICINA ASESORA DE PLANEACION	1.059.626
--	----------------	---	--	-----------

## **PROGRAMA 2 DERECHOS EN SALUD Y PROMOCIÓN SOCIAL**

### **INDICADORES DE INDICADORES DE RESULTADO**

<b>a. INDICADOR</b>	<b>b. LÍNEA BASE</b>	<b>c. Unidad de Medida</b>	<b>d. Meta del cuatrienio</b>
Porcentaje de grupos poblacionales vulnerables participando en la promoción social en salud basado en el enfoque diferencial y preferencial.	70% (2023) DADIS.	Porcentaje	Incrementar al 100% la participación de los grupos poblaciones vulnerables en la promoción social en salud basado en el enfoque diferencial y preferencial.

<b>a. INDICADOR DE PRODUCTO</b>	<b>b. LINEA BASE</b>	<b>c. META DEL CUATRIENIO</b>	<b>d. RESPONSABLE</b>	<b>e. POBLACIÓN</b>
Número de Personas con valoración clínica multidisciplinaria simultanea realizada con resultado condición de discapacidad	3.686 (2023) personas Valoradas.DADIS.	Realizar valoraciones clínicas multidisciplinaria del procedimiento de certificación de discapacidad y Registro de Localización y Certificación de Personas con Discapacidad a 10.000 personas del Distrito de Cartagena.	DADIS	Primera Infancia, Infancia, Adolescencia, Jóvenes y Adultos, Población Negra, Afrocolombiana, Raizal y Palenquera, Indígena y

				víctimas del conflicto.
Número de Personas pertenecientes a los grupos poblaciones vulnerables en función del curso de vida y/o de las condiciones o situaciones con promoción de la participación social en Salud	25.000 (2023) personas participaron en estrategias de promoción social en salud.DADIS.	Promocionar la participación social en salud a 30.000 personas pertenecientes a los grupos poblaciones vulnerables en función del curso de vida y/o de las condiciones o situaciones particulares.	DADIS	Adolescencia, Jóvenes y Adultos, Población Negra, Afrocolombiana, Raizal y Palenquera, Indígena y víctimas del conflicto.

**PROGRAMA 3 FORTALECIMIENTO DEL CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS, EMERGENCIAS Y DESASTRES EN EL DISTRITO DE CARTAGENA – CRUED**

**INDICADORES DE RESULTADO**

a. INDICADOR	b. LÍNEA BASE	c. Unidad de Medida	d. Meta del cuatrienio
Porcentaje de intervención a casos reportados al CRUED asociados a la mortalidad y/o modificación del patrón de enfermedades en salud pública, de riesgos medioambientales por la variabilidad del cambio climático, urgencia, emergencia y Desastres.	SD	Porcentaje	Intervenir 100% de los casos reportados al CRUED asociados a la mortalidad y/o modificación del patrón de enfermedades en salud pública, de riesgos medioambientales por la variabilidad del cambio climático, urgencia, emergencia y Desastres.

a. INDICADOR DE PRODUCTO	b. LINEA BASE	c. META DEL CUATRIENIO	d. RESPONSABLE	e. POBLACIÓN
--------------------------	---------------	------------------------	----------------	--------------

Numero de IPS con servicios de urgencias del Distrito con Plan de Emergencia Hospitalaria y desarrollo de capacidades en las competencias frente a las adaptaciones de posibles efectos de la variabilidad y el cambio climático implementados	29 IPS con servicios de urgencias	Implementar anualmente en 29 IPS con servicios de urgencias del Distrito el Plan de Emergencia Hospitalaria y desarrollo de capacidades en las competencias frente a las adaptaciones de posibles efectos de la variabilidad y el cambio climático	CRUED	Población general
Centro Regulador De Urgencias construido y dotado con tecnología de punta	0	Construcción y dotación Centro Regulador de Urgencias y Emergencias con tecnología que cumpla los estándares internacionales .	DADIS	1.059.626 habitantes

#### **PROGRAMA 4 SALUD PÚBLICA**

##### **INDICADORES DE RESULTADO**

<b>a. INDICADOR</b>	<b>b. LÍNEA BASE</b>	<b>c. Unidad de Medida</b>	<b>d. Meta del cuatrienio</b>
Razón de Mortalidad Materna a 42 días (por cada 100000 nacidos vivos)	58,49 muertes por 100.000 nacidos vivos (2022) DANE	Razón	Reducir a 46 por 100.000 nacidos vivos la razón de mortalidad materna
Tasa específica de fecundidad de niñas de 10 a 14 años de edad.	2.21 x 1000 2022- BODEGA SISPROSGD-EEVV	Tasa	Disminuir 0,87x1000 la Tasa de Fecundidad especifica en niñas de 10 a 14 años
Tasa específica de fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años de edad.	60,14 X 1000 2022- BODEGA SISPROSGD-EEVV	Tasa	Disminuir 47,60x1000 la Tasa de Fecundidad especifica en adolescentes de 15 a 19 años

Tasa de mortalidad infantil	14,21 por 1.000 nacidos vivos(2022) DANE	Tasa	Reducir a 11,4 x 1.000 nacidos vivos la tasa de mortalidad infantil
Tasa de Mortalidad por desnutrición en menores de 5 años	9,2 por 100.000 menores de 5 años (2022) DANE	Tasa	Reducir la tasa de mortalidad por desnutrición a 5 por 100.000 menores de 5 años
Tasa de Mortalidad por Infección Respiratoria Aguda en menores de 5 años	13,4 por 100.000 menores de 5 años	Tasa	Reducir la Tasa de Mortalidad por Infección Respiratoria Aguda a 10,72 por 100.000 menores de 5 años
Tasa de Mortalidad por EDA en menores de 5 años	1.2 (2021) DANE – DEFUNCIONES NO FETALES PROYECCIÓN POBLACIONES	Tasa	Obtener Tasa de Mortalidad por EDA a menos de 4 x 100.000 menores de 5 años
Tasa de Mortalidad por Cáncer de Mama	16,83 por 100.000 habitantes (2022) BODEGA SISPROGD-EEVV	Tasa	Disminuir la Tasa de Mortalidad por Cáncer de Mama a 15,2 por 100.000 habitantes
Tasa de incidencia de intentos de suicidio	52,7 por 100.00 habitantes (2022) SIVIGILA	Tasa	Reducir a 48 por 100.000 habitantes los intentos de suicidio
Letalidad por dengue	0,2% (2021) SIVIGILA	Porcentaje	Mantener en menos de 5% la letalidad por dengue
Tasa de mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles en población de 30 a 70 años	247,55 x 100.000 habitantes (2022) DADIS	Tasa	Reducir la tasa de mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles en un 25% en la población de 30 a 70 años.



Cobertura útil de vacunación	HB 95% Pentavalente y Tripleviral 88% DPT 82% (2023) Sistema de Información PAI – DADIS	Porcentaje	Lograr cobertura útil de vacunación (95%) de biológicos trazadores en el Distrito de Cartagena
------------------------------	---	------------	--

Indicador de producto	Línea base	Meta del cuatrienio	Responsable	Población
Número de procesos de gestión de la salud pública en el marco de la ruta integral para la promoción y mantenimiento de la salud implementados	1 proceso implementados en el cuatrienio 2020-2023 Fuente:DADIS, 2023	Implementar cuatro (4) procesos de gestión de la salud pública en el marco de la ruta integral para la promoción y mantenimiento de la salud	DADIS	1.059.626 habitantes
Número de establecimientos farmacéuticos y similares vigilados y controlados con enfoque de riesgo	500 establecimientos farmacéuticos y similares vigilados anualmente Fuente:DADIS, 2023	Vigilar y controlar anualmente con enfoque de riesgo a 700 establecimientos farmacéuticos y similares priorizados	DADIS	1.059.626 habitantes
Número de toma de muestras de agua y visitas a objetos de interés de la calidad del agua para consumo humano y de diversión, inspeccionados, vigilados y controlados.	1900 toma de muestras de agua y visitas a objetos de interés . Fuente:DADIS, 2023	Realizar anualmente 2100 muestras de agua y visitas a objetos de interés de Inspección, Vigilancia y Control Sanitario (IVCS) de la calidad del agua	DADIS	1.059.626 habitantes

		para consumo humano y de diversión.		
Número de establecimientos de interés sanitario diferentes a establecimientos de medicamentos y alimentos, motonaves y aeronaves vigilados y controlados	7.600 establecimientos vigilados anualmente Fuente:DADIS, 2023	Vigilar y controlar anualmente a 7.600 establecimientos de interés sanitario diferentes a establecimientos de medicamentos y alimentos, incluyendo motonaves y aeronaves	DADIS	1.059.626 habitantes
Número de animales vacunados contra la rabia	61.568 animales vacunados en el cuatrienio 2020-2023 Fuente:DADIS, 2023	Vacunar anualmente 90.000 animales contra la rabia	DADIS	90.000 animales susceptibles a rabia
Número de grupos de eventos de interés en salud pública con acciones de Vigilancia en Salud Pública y Vigilancia Comunitaria	14 grupos de eventos Fuente:DADIS, 2023	Desarrollar anualmente acciones de Vigilancia en Salud Pública y Vigilancia Comunitaria a 17 grupos eventos de interés en salud pública	DADIS	1.059.626 habitantes
Número de entidades con acciones de salud pública en enfermedades cardiovasculares, huérfanas, diabetes	205 entidades Fuente:DADIS, 2023	Desarrollar anualmente acciones de salud pública a 250 entidades en enfermedades	DADIS	1.059.626 habitantes

mellitus, cáncer, salud visual, auditiva y salud bucal desarrolladas en los diferentes entornos		cardiovasculares, huérfanas, diabetes mellitus, cáncer, salud visual, auditiva y salud bucal en los diferentes entornos		
Número de productos de la Política de Salud Mental y Política Nacional para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas implementados	Política Pública de Salud Mental del Distrito y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas Fuente:DADIS, 2023	Implementar en el cuatrienio los 17 productos de Política de Salud Mental y Política Nacional para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas	DADIS	1.059.626 habitantes
Número de entidades de salud priorizadas con acciones en Rutas Integrales de Atención en Salud relacionadas con las alteraciones nutricionales y promoción de las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos	40 entidades de salud Fuente: DADIS, 2023	Desarrollar anualmente acciones en Rutas Integrales de Atención en Salud relacionadas con las alteraciones nutricionales y promoción de las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos (GABAS) en 40 entidades de salud priorizadas	DADIS	1.059.626 habitantes

Número de establecimientos y transportadores de alimentos vigilados y controlados con enfoque de riesgo	3.000 establecimientos y transportadores vigilados y controlados  Fuente: DADIS, 2023	Vigilar y controlar anualmente con enfoque de riesgo a 3.500 establecimientos y transportadores de alimentos	DADIS	1.059.626 habitantes
Número de acciones salud pública desarrolladas para la promoción de la salud materna entidades de salud y en el entorno comunitario	95 acciones (2023)  Fuente: DADIS	Desarrollar anualmente 95 acciones de salud pública para promoción de la salud materna en entidades de salud y entorno comunitario	DADIS	1.059.626 habitantes
Número de acciones de salud pública desarrolladas para promoción de la salud sexual y reproductiva entidades de salud, entorno comunitario y educativo.	544 acciones (2023)  Fuente: DADIS	Desarrollar anualmente 675 acciones de salud pública para promoción de la salud sexual y reproductiva en entidades de salud, entorno comunitario y educativo.	DADIS	1.059.626 habitantes
Número de niños y niñas menores de un año con seguimiento del esquema de vacunación de acuerdo a la edad	14.108 niños y niñas menores de un año con seguimiento a la vacunación  Fuente:DADIS, 2023	Desarrollar el seguimiento anual a la vacunación de 14.796 niños y niñas menores de un año con todos los biológicos del esquema de	DADIS	14.796 niños y niñas menores de un año

		acuerdo a la edad		
Número de componentes de la estrategia de gestión integrada (EGI) de vectores desarrollada en los microterritorios priorizados	7 componentes Fuente:DADIS, 2023	Desarrollar anualmente los siete (7) componentes de la estrategia de gestión integrada (EGI) de vectores en los microterritorios priorizados	DADIS	1.059.626 habitantes
Número de Salas de atención a Enfermedades respiratorias agudas y UAIC aumentadas	21 (2023) Fuente: DADIS	Aumentar en el cuatrienio a 30 Salas de atención a Enfermedades respiratorias agudas y 2 UAIC de los barrios y corregimientos priorizados, para la prevención, manejo y control de la IRA y la EDA en los niños y niñas menores de 5 años	DADIS	1.059.626 habitantes
Número de estrategias de salud infantil institucionales y comunitarias ejecutadas	47 (2023) Fuente: DADIS	Ejecutar anualmente estrategias de salud infantil en 70 Instituciones prestadoras de salud priorizadas con servicios de atención materno – infantil y atención del	DADIS	1.059.626 habitantes

		recién nacido y 2 estrategias comunitarias sobre AIEPI Comunitario y Cuidados del Recién Nacido en los diferentes entornos		
Número de entidades con acciones de salud pública realizadas sobre prevención y control de la Tuberculosis en los diferentes entornos	15 Entidades (2023) Fuente: Sistema información TB- DADIS	Realizar anualmente acciones de salud pública a 75 entidades sobre prevención y control de la Tuberculosis en los diferentes entornos	DADIS	1.059.626 habitantes
Número de entidades con acciones de salud pública realizadas sobre prevención y control de la Lepra y prevención de la discapacidad en los diferentes entornos	15 Entidades (2023) Fuente: Sistema información Lepra- DADIS	Realizar anualmente acciones de salud pública a 75 entidades sobre prevención y control de la Lepra y prevención de la discapacidad en los diferentes entornos	DADIS	1.059.626 habitantes
Número de acciones de promoción de entornos de trabajo seguros y prevención de enfermedades y accidentes laborales realizadas	660 (2020-2023) Fuente:DADIS, 2023	Realizar en el cuatrienio 720 acciones de promoción de entornos de trabajo seguros y prevención de enfermedades y	DADIS	1.059.626 habitantes

		accidentes laborales de la economía popular y comunitaria, pequeñas y medianas empresas del Distrito de Cartagena.		
--	--	--	--	--

#### 4. COMPONENTE DE INVERSIÓN PLURIANUAL DE SALUD DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD.

##### 4.1 PLAN PLURIANUAL POR PROGRAMAS Y AÑOS

Línea Estratégica SEGURIDAD HUMANA	2024	2025	2026	2027	TOTAL 2024 - 2028
Componente Impulsor del avance: Salud Pública y Aseguramiento					
<b>TOTAL</b>	<b>1.217.309.556.579</b>	<b>1.389.382.714.684</b>	<b>1.587.879.954.696</b>	<b>1.812.465.128.207</b>	<b>6.007.037.354.167</b>
PROGRAMA SALUD CON COBERTURA, ACCESIBILIDAD, CALIDAD E INCLUSIÓN	1.200.640.000.000	1.367.989.814.400	1.565.566.138.928	1.787.029.816.477	5.921.225.769.805
PROGRAMA DERECHOS EN SALUD Y PROMOCIÓN SOCIAL	1.277.000.000	1.402.078.000	1.533.812.765	1.673.766.654	5.886.657.419
PROGRAMA FORTALECIMIENTO DEL CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS, EMERGENCIAS Y DESASTRES	1.408.000.000	2.000.000.000	2.500.000.000	3.000.000.000	8.908.000.000
PROGRAMA PROMOCIÓN, PREVENCIÓN, INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL SANITARIO EN SALUD PÚBLICA	13.984.556.579	17.990.822.284	18.280.003.003	20.761.545.076	71.016.926.942



## 4.2 PLAN PLURIANUAL POR FUENTES DE RECURSOS.

CODIGO DE FUENTE DE FINANCIACION	2.024	2025	2026	2027	TOTAL
1.2.3.2.28-015 - COLJUEGOS 75%	15.003.000.000	17.068.000.000	19.632.700.000	22.584.500.000	74.288.200.000
1.2.3.3.10-016 - TRANSFERENCIAS DEL MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL SALUD PUBLICA	1.098.000.000	1.201.500.000	1.302.800.000	1.399.600.000	5.001.900.000
1.3.2.3.01-017 - RF FONDO LOCAL DE SALUD	350.000.000	383.000.000	415.200.000	446.100.000	1.594.300.000
1.2.3.3.07-049 - ADRES UPC Regimen subsidiado	755.268.600.000	859.248.000.000	988.331.900.000	1.136.902.900.000	3.739.751.400.000
1.2.4.2.01-068 - SGP SALUD REGIMEN SUBSIDIADO	374.406.000.000	430.567.000.000	490.847.200.000	554.657.300.000	1.850.477.500.000
1.3.2.2.06-087 - RF SGP SALUD PUBLICA	150.000.000	164.000.000	177.900.000	191.200.000	683.100.000
1.2.4.2.02-170 - SGP SALUD PUBLICA	11.897.900.000	13.019.900.000	14.117.500.000	15.166.400.000	54.201.700.000
1.3.2.2.07-179 RF SGP - SALUD - PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD	15.000.000	16.400.000	17.700.000	19.100.000	68.200.000
1.2.3.2.25-184 - MULTAS DADIS	20.000.000	21.800.000	23.700.000	25.400.000	90.900.000
1.2.3.3.07-186 - ADRES ICV	4.427.300.000	5.036.800.000	5.793.500.000	6.664.400.000	21.922.000.000
1.2.3.2.28-187 - COLJUEGOS CADUCOS	552.200.000	628.200.000	722.600.000	831.200.000	2.734.200.000
1.2.3.2.28-188 - COLJUEGOS 25%	3.000.000.000	3.282.900.000	3.559.600.000	3.824.100.000	13.666.600.000
1.3.2.3.01-189 - RF FONDO LOCAL DE SALUD SSF	6.000.000	6.800.000	7.800.000	9.000.000	29.600.000
1.2.3.3.10-192 - TRANSFERENCIAS DEL MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL OTRAS TRANSFERENCIAS	350.000.000	383.000.000	415.200.000	446.100.000	1.594.300.000
1.2.1.0.00-001 - ICLD	50.765.600.000	58.356.000.000	62.514.700.000	69.297.200.000	240.933.500.000
<b>TOTAL</b>	<b>1.217.309.600.000</b>	<b>1.389.383.300.000</b>	<b>1.587.880.000.000</b>	<b>1.812.464.500.000</b>	<b>6.007.037.400.000</b>

## **CONCLUSIONES.**

El Departamento Administrativo Distrital de Salud en asocio con la Secretaria de Planeación Distrital y el proyecto Paiss, coordinó, direccionó y gestionó la construcción del Plan Territorial de Salud para el Distrito de Cartagena como parte integrante del Plan de Desarrollo Distrital 2024-2027 , la construcción del Plan Territorial de Salud 2024-2027 se dio con la participación social.

Para la elaboración del Plan Territorial de Salud para el Distrito de Cartagena se realizó una revisión de los instrumentos del orden Distrital, Nacional e Internacional que deben ser base para la formulación de ese plan de tal manera que se cumpliera con la armonización del mismo y los criterios de concurrencia, complementariedad y subsidiariedad establecidos en la Ley 152 de 1994 por la cual se establece la Ley Orgánica del Plan de Desarrollo , dicho Plan es coherente con el Análisis de la Situación de Salud, las políticas de salud nacional, los acuerdos internacionales, políticas sociales de otros sectores, que determinan en los procesos de salud enfermedad en el Distrito de Cartagena.

Marchar hacia un progreso de la salud en el Distrito de Cartagena se constituye en una apuesta mayor para la administración distrital y actores involucrados y beneficiarios ya que pasaremos de una mirada basada en enfermedad a uno basado en determinantes y responsables, todo en aras de que cada uno contribuya de una u otra forma en garantizar el disfrute pleno basado en Seguridad Humana y Bienestar.